FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — **THÈSE** N° 138 —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 février 1897 à 1 heure

PAR

JOSEPH CORTYL

Né à Bailleul (Nord) le 8 août 1869

Ex-interne des asiles d'aliénés
Ex-interne à la maison de secours aux blessés de l'industrie de Lille
Membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Lille

DU CANCER DES FUMEURS

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*.
Juges : M. JOFFROY, *professeur*,
CHANTEMESSE et THIERY, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 février 1897 à 1 heure

PAR

JOSEPH CORTYL
Né à Bailleul (Nord) le 8 août 1869
Ex-interne des asiles d'aliénés
Ex-interne à la maison de secours aux blessés de l'industrie de Lille
Membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Lille

DU CANCER DES FUMEURS

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*
Juges : M. JOFFROY, *professeur,* CHANTEMESSE et THIERY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15
—
1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	DIEULAFOY. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. BERGER. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.
Professeur honoraire	M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON	THOINOT
BAR	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	HARTMANN	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER
BROCA	HEIM	RETTERER	WALTHER
CHANTEMESSE	LEJARS	RICARD	WEISS
CHARRIN	LETULLE	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	MARFAN		WURTZ
DELBET			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Docteur en médecine à Bailleul (Nord).

Témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUERMONPREZ

Membre correspondant de l'Académie royale de Belgique,
président de la Société des sciences médicales de Lille.

A TOUS MES AUTRES MAITRES
DE LA FACULTÉ
LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DANS
LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Depuis longtemps déjà nous avons été frappé de la fréquence relative des cancers de la bouche dans la région du Nord de la France. Notre attention sur ce point a été éveillée d'autant plus que pendant nos premières années d'études faites à Lille, nous avons eu l'occasion d'en recueillir de nombreuses observations, tandis que pendant nos trois dernières années passées à Paris, c'est à peine si nous en avons rencontré deux ou trois cas. Nos recherches personnelles faites dans toute la région du Nord, et plus particulièrement dans la Flandre, sur les confins de la Belgique, nous ont fait découvrir de nombreux malades atteints d'épithéliomas buccaux. Or, dans ce pays, les habitants, grands fumeurs pour la plupart, ont une préférence très marquée pour la pipe en terre et même pour la pipe très courte, le brûle-gueule. Ce rapport entre la fréquence du cancer buccal dans le Nord et l'abus du tabac dans ce même pays nous a donné l'idée de reprendre les études commencées par Bouisson sur ce sujet et de rechercher si réellement ce genre d'épithéliome, qu'il s'attaque à la langue ou à la

lèvre, mérite bien la dénomination de « cancer du fumeur » donnée par cet auteur et rejetée par un certain nombre de contradicteurs.

Avant d'aborder cette question, nous rappellerons en quelques lignes les idées exposées par Bouisson dans son mémoire. Un premier chapitre résumera les travaux devenus classiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie et la détermination clinique des cancers dont il s'agit. Le second chapitre exposera les caractères anatomo-pathologiques de chacune des localisations du cancer des fumeurs : lèvres, langue, mâchoires, plancher de la bouche, pharynx, amygdales et fosses nasales. Le troisième chapitre énumérera l'une après l'autre les conditions étiologiques et précisera les limites de leur valeur. Les chapitre IV, V, VI et VII reproduiront les données acquises sur la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Dans un huitième et dernier chapitre, nous exposerons les conditions de prophylaxie qui nous semblent le plus rationnel.

Nos premières leçons médicales nous ont été données au foyer paternel ; elles ont été développées et consolidées par quatre autres de nos proches qui exercent dignement la même profession. Nous les prions d'agréer avec tous nos remerciements l'expression de notre dévouement doublement justifié, mais nous laissons une place de choix à notre cher Père, pour lequel la piété filiale sera augmentée et complétée par la confraternité professionnelle.

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux

d'adresser à nos maîtres de la faculté libre de Lille et à ceux de la faculté et dans les Hôpitaux de Paris, l'hommage de notre reconnaissance et de notre attachement.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le professeur Guermonprez de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné pendant le cours de nos études. C'est lui qui a inspiré notre sujet de thèse et nous a aidé de ses conseils. Nous le prions d'agréer l'expression de toute notre gratitude.

Nous remercions aussi notre excellent ami, M. le Dr Grouhel, qui exerce à Port-Louis, près Lorient, des précieux renseignements qu'il nous a fournis au sujet de la Bretagne.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien nous permettre de le remercier du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

S'il faut en croire Bouisson, de Montpellier, dans son mémoire célèbre de 1861, « le cancer des fumeurs est presque une maladie nouvelle. Il se rattache dans son origine aux habitudes de la société moderne ; il a du moins acquis une prédominance qui permet de le compter parmi les affections propres à notre époque. Cette variété morbide attaque la bouche, et particulièrement la lèvre inférieure. Quoique revêtant la forme cancéreuse réputée la plus bénigne, elle occasionne des tumeurs ou des ulcères d'un fâcheux caractère et dont la mort peut être la suite, si la chirurgie n'intervient pas à propos. La possibilité d'une terminaison aussi grave, pour une maladie contractée dans des circonstances qui tendent à procurer une distraction et qui, par conséquent, cachent une menace sous l'apparence du plaisir, est sans doute de nature à provoquer l'attention des pathologistes ; aussi a-t-on déjà recueilli sur ce point quelques données utiles. Nous venons, poursuit Bouisson, ajouter des faits et des observations à un sujet qui a pour ainsi dire provoqué notre étude. Un très grand nombre de cas de cette espèce

se sont, en effet, présentés dans notre pratique, et il nous eût été difficile de n'être pas frappé de leur multiplicité ou de leur importance ».

« Le cancer de la bouche est tellement fréquent à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, qu'on ne saurait être taxé d'exagération en affirmant que c'est une des maladies qui donnent lieu au plus grand nombre d'opérations chirurgicales. Cet asile est fréquenté non seulement par les malades de la ville et du département, mais plus encore par les malades des contrées voisines, qui, dépourvues d'hôpitaux importants, déversent sur la cité médicale les indigents auxquels les secours de la chirurgie sont nécessaires. Les départements de l'Aveyron, de la Lozère, de l'Ardèche, fournissent particulièrement à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier beaucoup de cancéreux, et parmi ces derniers le plus grand nombre porte des cancers des lèvres. »

« Nous avons constaté dans notre pratique privée une prédominance analogue du cancer buccal. D'anciens militaires, de riches oisifs, des habitués de cafés, des voyageurs, des artisans, des villageois-cultivateurs nous ont souvent consulté pour cette maladie. D'âge différent, de condition, de mœurs et d'occupations très diverses, ces malades avaient une habitude commune poussée à l'excès, c'étaient des fumeurs de tabac. »

« On a déjà beaucoup écrit sur le tabac et sur l'influence qu'il exerce. Le public semble absoudre cette substance de toute propriété malfaisante, par l'ardeur avec laquelle il la recherche sous diverses formes, et les médecins l'en ont peu détourné jusqu'à présent par leurs

conseils hygiéniques ou par leurs études sur les questions qui se rattachent à l'usage si répandu de cette plante. Disons plus, quelques mémoires signés par une autorité grave en matière d'hygiène pratique, par Parent du Châtelet, ont accordé au tabac une sorte de brevet d'immunité, en établissant que les ouvriers qui travaillent cette substance ne sont sujets à aucune maladie importante qu'on puisse lui attribuer. Les observations plus modernes ne sont pas aussi rassurantes. Mais, sans nous engager dans une question qui tient à l'hygiène des professions, nous croyons pouvoir établir qu'il existe une telle corrélation entre l'abus du tabac chez les fumeurs et le développement du cancer buccal, que ce fait devient digne d'éveiller la sollicitude des tuteurs directs de la santé publique. Nos gouvernants ne se sont pas préoccupés jusqu'à présent d'une pareille question. L'impôt sur le tabac n'a pas une origine aussi philanthropique, et d'ailleurs il n'a pas réussi à mettre un frein à une habitude qui se généralise de plus en plus et qui, au train dont vont les choses, semble devoir atteindre des proportions extrêmes. »

« Que le tabac, devenu la source d'un revenu public, se soit répandu graduellement, et par une sorte de puissance irrésistible, dès l'époque de son introduction en Europe, au XVIe siècle, jusqu'à nos jours, où l'on en fait usage chez tous les peuples, depuis l'Européen laborieux jusqu'à l'Oriental indolent ou au sauvage abruti, et dans toutes les classes de la société, depuis l'habitant des palais jusqu'à celui du plus humble asile; que cette plante, dont les effets ne répondent à aucun besoin naturel, qui, dès les premiers essais, provoque des nausées, du dégoût

et d'autres sensations désagréables, entre promptement dans les habitudes de celui qui a surmonté la répugnance initiale; qu'elle soit prisée, fumée, mâchée, que les sensations qu'elle donne acquièrent par leur réitération une puissance qui en rend le besoin assez impérieux pour que sa privation soit une souffrance; que le marin, le prisonnier, l'ouvrier indigent, préfèrent parfois le tabac au pain lui-même; que tous les fumeurs s'accordent pour attribuer à ses effets un charme indéfinissable où ils retrouvent l'oubli de leurs maux, nous conviendrons assurément qu'il y a là quelque admirable merveille, et nous n'entreprendrons pas la tentative stérile de modifier sur ce point des habitudes que nos pages ignorées ne sauraient combattre. Après tout, le succès du tabac a sans doute sa raison d'être. Ne fût-il qu'une des conséquences de l'art de vivre plus heureusement, art dont un des problèmes consiste à se créer des besoins qu'on puisse satisfaire; dût-il en partie sa propagation à la mode, que la raison reconnaît si souvent comme sa souveraine, cet usage répond à un instinct qui pour être mal défini, n'en paraît pas moins puissant. S'il faut en croire la béate annulation intellectuelle des fumeurs, le tabac serait, par les effets qu'il produit, un des rares correctifs de la nature tourmentée de l'homme. S'il en est ainsi, que le philosophe en permette ou en conseille l'usage. Mais cette tolérance ou cette prescription ne doit pas fermer les yeux au médecin observateur, et celui-ci a le devoir de faire connaître les faits qu'il recueille et qu'il vérifie. »

« Entre autres inconvénients que la consommation immodérée du tabac peut occasionner, nous nous borne-

rons à signaler la production du cancer ou du cancroïde de la bouche. Comme notre intention n'est pas de faire un étude complète des effets physiologiques du tabac, ni de lui adresser une accusation en forme, mais de limiter cette étude à l'action qu'il exerce comme cause pathogénique du cancer buccal, nous restreindrons ce travail au point de vue que nous signalons, et sur lequel nous espérons rendre la vérité évidente non moins qu'utile (1).

Telles sont les idées exprimées en 1861 par Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, dans son ouvrage « *Tribut à la chirurgie* ».

Ce sont ces idées, rejetées par la plupart des chirurgiens depuis Bouisson, qui seront discutées dans notre travail; nous y ajouterons le fruit de nos recherches personnelles.

Depuis Bouisson, l'usage du tabac n'a certes pas diminué : on prétend qu'il aurait actuellement atteint son apogée en France. Il est certain que la France est le pays où le tabac rapporte le plus à l'Etat; mais si l'on compare les années depuis Bouisson, la consommation du tabac augmente beaucoup plus lentement qu'autrefois. Il est certain que les jeunes gens des classes dites dirigeantes s'en abstiennent beaucoup plus qu'autrefois; il n'est pas douteux que les tabacs les moins irritants sont généralement les plus recherchés; chacun sait qu'il est de bon genre de ne pas fumer jusqu'au bout; enfin le luxe consiste de nos jours à interposer quelques corps isolants entre la

1. Bouisson : *Tribut à la chirurgie*. T. II, p. 259 à 262.

bouche du fumeur et le foyer du tabac en combustion. Il en est ainsi non seulement pour la pipe et pour le cigare, mais encore pour la simple et fugitive cigarette.

Toutefois, il faut le reconnaître, il y a encore loin de l'exemple donné par quelques-uns à l'imitation qu'il convient de prévoir pour la masse nombreuse du peuple.

Les statisticiens ont récemment publié des chiffres qui précisent qu'elle est l'importance de la consommation du tabac par habitant dans les principaux pays du monde.

Espagne	550	grammes	par habitant.
Suisse.	610	»	»
Italie	635	»	»
Angleterre. . .	680	»	»
Portugal	850	»	»
Russie	910	»	»
France	933	»	»
Canada.	1050	»	»
Danemarck . .	1125	»	»
Autriche	1350	»	»
Australie. . . .	1400	»	»
Allemagne. . .	1485	»	»
Belgique	1552	»	»
États-Unis . . .	2110	»	»
Pays-Bas. . . .	3400	»	»

Il n'est donc pas sans intérêt de se préoccuper des conséquences éventuelles de l'augmentation de l'usage du tabac. Les maladies inévitables sont déjà assez nombreuses pour n'y pas ajouter celles qui sont une conséquence d'un plaisir, d'une banale distraction de l'oisiveté.

CHAPITRE I

Historique

§ 1er *Histoire de l'anatomie pathologique du cancer buccal.*

Depuis Hippocrate, les cliniciens de tous les siècles ont donné le nom de cancer aux tumeurs graves au premier chef par leurs récidives, par leur tendance à se généraliser et par leur terminaison mortelle. Mais les descriptions parfois très exactes de Celse, d'Ambroise Paré, etc., leurs remarques thérapeutiques très justes, ne peuvent définir un groupe anatomique, et elles sont mêlées à une étiologie dans laquelle l'atrabile et la mélancolie jouent le rôle capital. Avec les travaux de l'ancienne académie de chirurgie, de Ledeau et de Louis en particulier, la thérapeutique fit plus de progrès que l'anatomie pathologique, et il faut arriver au commencement de ce siècle pour trouver les premières études sérieuses sur le cancer. A cette époque seulement, avec les travaux de Bayle, Laennec, Andral, Cruveilhier, Velpeau, l'anatomie pathologique du cancer fut établie sur une base positive, sur la description des productions accidentelles faite à l'œil nu.

Bayle et Cayol laissaient déjà pressentir une distinction entre les cancers de la peau et ceux des autres organes. Cruveilhier en 1827, avant l'intervention du microscope, décrivait quatre espèces de cancer : le Squirre, l'Encéphaloïde, l'Epithéliome, le cancer mélanique.

L'application du microscope à l'étude des tissus pathologiques, en ajoutant un sens nouveau à l'observation, vint à son tour à la suite des découvertes de Schwann et de Schleiden. Ce fut là une véritable révolution dans l'histoire des tumeurs aussi bien que dans la physiologie générale. On étudia mieux la texture des tumeurs et de nombreux travaux furent faits sur ce sujet par Muller, Lebert et Virchow.

Les recherches sur le cancroïde ou épithéliome progressèrent à mesure qu'on connut l'évolution normale de l'épithélium, et l'histoire de ces tumeurs représente les variations et les progrès de la classification anatomo-pathologique des cancers : en effet, avant que l'analyse microscopique eût permis l'étude histologique des néoplasmes, les chirurgiens avaient reconnu qu'il y avait certaines formes de tumeurs dites cancéreuses, d'ulcères cancéreux, dont la marche était plus lente, la récidive et la généralisation plus rares que dans les formes ordinaires du cancer, l'encéphaloïde et le squirrhe. Ledran le premier démontra la nécessité de distinguer les cancroïdes d'avec les autres cancers. Hannover leur donna le nom d'epithélioma, expression significative qui est encore l'une des plus employées. Ecker le premier (1844) établit les bases de cette distinction dans l'étude anatomo-pathologique des tumeurs de la lèvre qu'il appela faux-

cancers, et bientôt cette question entra dans une phase nouvelle sous l'impulsion des recherches de Lebert et de Mayer ; une école micrographique qui croyait avoir trouvé la cellule spécifique du cancer s'efforça d'établir une distinction absolue entre les cancroïdes ou tumeurs épithéliales et le cancer. Ce furent des débats mémorables à l'Académie et, dans des publications nombreuses, Lebert, Robert, Broca, Verneuil, Follin luttèrent longtemps pour démontrer l'absence de la généralisation des cancroïdes, mais ils rencontrèrent un puissant adversaire, Velpeau, dont la haute expérience et le grand bon sens clinique arrêtèrent la théorie de la spécificité dans son essor, grâce aux appuis que lui donnèrent les micrographes eux-mêmes tels que Robin en France, Virchow en Allemagne et Pajet en Angleterre. Lebert, Broca, à leur tour, durent constater la propagation de l'épithéliome aux ganglions lymphatiques, et Verneuil, se rapprochant de Robin, donnait des tumeurs épithéliales des glandes sudoripares une description complète et indépendante de la théorie de la spécificité.

Depuis cette époque, l'étude des tumeurs épithéliales a profité des nouveaux progrès de l'histologie, elle a été pratiquée méthodiquement, de façon que l'on peut dire que ces tumeurs forment un groupe des mieux définis au point de vue anatomo-pathologique ; si bien que, laissant de côté leur degré de malignité plus ou moins prononcé, un grand nombre de chirurgiens et de pathologistes ne les distinguent plus des cancers, ou bien considèrent le cancer épithélial comme le type le plus nettement établi et le plus commun. Cette tendance est surtout prononcée

en Allemagne : Rindfleisch, dans son Anatomie pathologique, décrit les tumeurs épithéliales sous le nom de cancer épithélial.

Tout en reconnaissant qu'un grand nombre de carcinomes sont épithéliaux, il nous semble utile, ainsi que l'ont fait MM. Cornil et Ranvier, de réunir dans un groupe déterminé les épithéliomes parce qu'ils représentent une caractéristique histologique bien précise : la néoformation épithéliale, et que d'ailleurs cette séparation ne préjuge en rien de leurs rapports avec l'ensemble des tumeurs malignes et des cancers.

Les épithéliomes se divisent en deux groupes définis par les caractères des éléments épithéliaux qui les constituent, d'où la division en épithéliomes pavimenteux et épithéliomes cylindriques, qui doit être conservée parce qu'elle repose sur une base anatomique. Les cancers de la bouche, dont nous nous occupons exclusivement dans ce travail, font partie du premier groupe ; nous les étudierons en détail dans le chapitre suivant au sujet de l'anatomie-pathologique de ces cancroïdes buccaux.

§ II. — *Histoire de la bactériologie du cancer buccal.*

Depuis que l'idée du parasitisme a réussi à éclairer tant de grands problèmes de la pathologie générale, tout l'intérêt de la question du cancer s'est presque exclusivement concentré sur l'application de cette idée à l'étiologie des tumeurs cancéreuses.

C'est à Londres, au dernier Congrès international d'hy-

giène que la question des parasites du cancer a donné lieu à la première discussion importante. Les observateurs s'accordaient alors à n'attribuer qu'un rôle secondaire et nullement étiologique aux bactéries signalées à diverses reprises par Rappin, Schenerlen, Schill, etc., de même que « les corps à fuchsine » de Russell (*Mercredi médical*, 1890) que cet auteur avait décrits comme des champignons caractéristiques du cancer, ne trouvaient aucun défenseur, et M. Duplay pouvait facilement démontrer, dans une communication faite en commun avec M. Cazin (voir *Mercredi médical*, 1891, p. 414), que ces corps n'étaient point des parasites et se rencontraient d'ailleurs dans des tissus non cancéreux, correspondant simplement à une forme de dégénérescence cellulaire hyaline (1).

Mais des parasites d'un autre ordre venaient d'être décrits dans les cancers épithéliaux, et la théorie psorospermique, basée sur les travaux de MM. Albarran, Malassez, Vincent, Thomas, etc., tendaient à remplacer la théorie microbienne, abandonnée de tous.

Après la publication des premiers travaux relatifs aux coccidies du cancer, M. Duplay a montré, avec MM. Cornil, Schültz, Ribber, Unna, Bonal, Fabre-Domergue, etc..., que parmi les diverses formations considérées comme étant des parasites, on avait confondu, soit de simples produits de la dégénérescence cellulaire, soit des produits de fragmentation irrégulière des noyaux et des nucléoles, soit des inclusions cellulaires. Cette opinion s'est trouvée

1. Duplay : Rapport au congrès de Budapesth, 1894.

confirmée par les partisans les plus convaincus de la théorie psorospermique du cancer, et notamment par M. Ruffer, qui admet avec M. Duplay que « les coccidies de Wickham, de Korotnew, de Podvyssotzki et d'autres observateurs, ne sont que des cellules pathologiques invaginées et dégénérées » (1).

Laissant de côté les corps pseudo-parasitaires décrits par les auteurs que nous venons de citer, M. Duplay discute longuement la signification des éléments décrits par MM. Foà, Soudakèvitch, Ruffer, Walker et Plimmer. Il insiste sur les divergences d'opinion de tous ces auteurs : « Ces divergences montrent en effet, dit-il, que l'existence des sporozoaires du cancer devient de plus en plus problématique, à mesure que l'on multiplie les travaux exclusivement consacrés à leur recherche. »

Aussi dans l'état actuel des choses, la conclusion la plus modérée qui nous paraisse résulter d'une pareille confusion d'idées est que, sans que la valeur de l'hypothèse parasitaire en soit diminuée pour cela, la démonstration de cette hypothèse est loin d'être faite et ne semble guère devoir jamais être faite en faveur des sporozoaires.

Parallèlement aux recherches micrographiques qui ont été publiées dans ces dernières années au sujet de la discussion du parasitisme cancéreux, des tentatives non moins nombreuses ont été faites au point de vue de la

1. Duplay : *De l'étiologie du cancer*. Rapport au congrès de Budapesth.

transmission des cancers; la question de l'origine des néoplasies malignes et celle de la contagion de ces affections sont, en effet, étroitement liées l'une à l'autre, la démonstration de la contagiosité directe des causes pouvant venir en aide à la théorie parasitaire. On ne peut donc chercher à résumer l'état actuel de la question de l'étiologie du cancer sans formuler d'une façon précise les conclusions qu'on peut tirer des faits expérimentaux qui ont été le résultat des travaux les plus récents.

M. Duplay (1) a démontré, par une longue série d'expériences, que le cancer n'est pas transmissible de l'homme aux animaux, ni, en général, d'une espèce animale à une espèce différente. Dans des recherches déjà anciennes, et dans d'autres plus récentes, quelques expérimentateurs avaient cru obtenir par ces inoculations, le développement d'un cancer expérimental, mais, d'après les résultats de l'examen des préparations, ces faits ne sont nullement probants et exigent une démonstration plus rigoureuse. On peut donc affirmer qu'il n'existe actuellement aucune observation indiscutée de transmission expérimentale d'un cancer de l'homme aux animaux, et jusqu'à ce qu'un fait bien établi ait démontré le contraire, on peut penser que le cancer n'est pas transmissible par inoculation directe de l'homme aux animaux.

M. Guermonprez a fait de son côté de nombreuses recherches de laboratoire pour élucider cette question; nous y

1. Duplay. *De l'étiologie du cancer.* Rapport au congrès de Budapesth, 1894.

avons personnellement collaboré et malgré les conditions les plus propices les cancers de formes diverses ont toujours été absorbés. C'est pour ce motif que ces recherches n'ont pas été publiées davantage.

M. Duplay insiste avec raison sur les résultats qu'ont donnés les essais de transmission d'un individu cancéreux d'une espèce animale à des individus sains appartenant à la même espèce, car ces résultats se rattachent à la même question si discutée de la contagion interhumaine.

Dans les travaux récents, plusieurs auteurs n'ont pas hésité à considérer comme démontrée la contagion directe de l'homme à l'homme, s'appuyant pour cela sur des faits d'observation clinique.

Quelle que soit la valeur d'un petit nombre de faits disséminés çà et là dans la littérature médicale et cités comme des exemples de contagion interhumaine, il est juste de tenir compte des faits relatifs aux cancers utérins. Leur nombre est en disproportion avec celui des cancers de la verge, et Demarquey, sur 130 cas de cancer sur la verge, a pu signaler une fois seulement l'existence d'un cancer de l'utérus chez la femme du malade : M. Duret a publié récemment un fait analogue.

Quoi qu'il en soit, la transmissibilité du cancer demeure un sujet de préoccupation pour beaucoup de bons esprits.

Il faut supputer ce que les recherches expérimentales autorisent à penser au point de vue de la transmissibilité du cancer entre individus de même espèce ; il est moins intéressant d'insister sur les résultats qu'on a pu obtenir en greffant sur un individu cancéreux des fragments de son propre cancer, comme l'a fait Halm (Berlin) et comme

l'a fait également le chirurgien dont M. Cornil a rapporté les expériences. Ces faits n'ont d'ailleurs rien appris de nouveau. On voit souvent la greffe cancéreuse sur le cancéreux se réaliser spontanément en clinique, et on a souvent confondu ces faits avec les résultats d'un individu cancéreux à un individu sain et cités, par suite, à l'appui de la contagion directe du cancer ; ils n'apportent pourtant aucun éclaircissement nouveau dans la discussion.

En ce qui concerne la contagion du cancer, on n'a donc à s'occuper que des expériences d'inoculation faites d'un individu malade à un individu sain, dans une même espèce animale.

Or, les inoculations que M. Duplay a faites pendant trois années consécutives, et dont il a publié les derniers résultats au congrès de Rome (voir *Bulletin médical*, 1894, p. 180) n'ont donné que quelques résultats positifs et ont été suivis de nombreux insuccès.

Aussi en présence des nombreux résultats négatifs obtenus jusqu'à ce jour, M. Duplay (1) pense que, si le cancer peut être transmis d'un individu sain, dans une même espèce animale, cette transmission s'effectue seulement dans des conditions qui ne se trouvent réalisées que très exceptionnellement et parmi lesquelles la prédisposition héréditaire joue peut-être un certain rôle.

En résumé, lorsqu'on ramène à d'exactes proportions les résultats obtenus soit par le microscope, soit par l'expérience d'inoculation, on peut dire que la question d'é-

1. Duplay. *De l'étiologie du cancer* : Rapport au Congrès de Budapesth, 1894.

tiologie des cancers est encore à résoudre entièrement, et, en ce qui concerne la théorie parasitaire, la plus stricte impartialité force à reconnaître que, malgré la vraisemblance, elle pourra rester longtemps à l'état d'hypothèse, si l'on continue, comme on le fait depuis quatre ans, à s'attarder dans des discussions stériles sur l'interprétation morphologique d'éléments dont nous connaissons tous l'existence sans que le microscope puisse nous mettre d'accord sur leur signification. Comme l'a dit fort justement M. A. Ruffer au congrès de Rome, les méthodes usuelles de fixation et de coloration des tissus cancéreux n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, il faut recourir à de nouvelles méthodes, et à ce point de vue, il est permis peut-être d'espérer que la discussion actuelle prendra fin lorsqu'on se sera spécialement attaché à l'étude des tissus frais, que l'on a le tort de trop négliger aujourd'hui. Pour ce qui est de l'expérimentation, il faut continuer à multiplier les tentatives d'inoculation dans une même espèce, d'un individu cancéreux à des individus sains, en s'attachant à modifier les conditions dans lesquelles on a cherché jusqu'à présent à réaliser ces expériences (1).

Après avoir étudié rapidement l'histoire anatomo-pathologique et bactériologique de la question, il nous reste à jeter un rapide coup d'œil sur son histoire clinique.

A) *Lèvres.* — « Dans l'antiquité, les Grecs et les Arabes ne disent rien de précis sur le cancroïde des lèvres ;

1. Duplay : *De l'étiologie du cancer* : Rapport au Congrès de Budapesth, 1894.

ce n'est qu'à l'époque de la renaissance de l'art chirurgical, dans Guy de Chauliac, dans Théodoric et Roger de Parme, et surtout dans Ambroise Paré, le plus grand chirurgien du XVIe siècle, comme le dit son historien, que nous trouvons quelques notions exactes sur cette maladie. Paré met le « *noli me tangere* » à côté du cancer du sein, et cette place suffit pour indiquer l'idée que cet homme si perspicace se faisait de sa nature. Cette affection y est bien mieux décrite que dans les ouvrages de beaucoup de ceux qui viennent après lui : le seul reproche qu'on puisse lui faire est d'avoir confondu le cancer ulcéré des lèvres avec le chancre et le lupus, si toutefois à pareille époque l'erreur pouvait être évitée. »

« Les successeurs de Paré ajoutent peu de choses aux travaux du maître. En 1757, Ledran, dans son beau travail sur le cancer, reconnaît la nature maligne du cancroïde des lèvres ; tandis que bien plus tard, Bayle, Boyer et même A. Bérard, déclarent que le cancroïde est une affection moins dangereuse que le cancer, que souvent même on peut en obtenir la guérison radicale (1). »

Ecker (1844), Rokitansky (1846), Bruch (1847), Frerichs et Meyer (1849), Virchow (1850), Lebert (1851), Forster (1856) et enfin Billroth et Bruns (1859) s'occupèrent successivement de la question, mais ils se tinrent exclusivement dans le domaine de l'anatomie pathologique. Bien avant eux cependant un auteur avait soulevé cette question de l'influence du tabac sur le cancer labial.

1. Lortet. Th. doct. Paris, 1861, p. 6.

« En effet Sœmmering en 1795 prètendait que le cancer des lèvres atteignait surtout les fumeurs; et pour prouver son opinion, il s'efforce de montrer que la lèvre inférieure seule en est atteinte et que cette prédisposition provient de la pression du tuyau de la pipe sur la muqueuse labiale. »

« Dès ce moment on peut dire que cette idée est à l'ordre du jour et c'est à qui portera de nouveaux coups à l'herbe fétide du Nouveau-Monde. »

« Rigal croit que ce sont surtout les dents usées par le tuyau de la pipe qui viennent irriter la lèvre, opinion qui était aussi partagée par Amédé Bonnet. Rechnitz prétend que dans aucun pays du monde le cancer labial n'est plus commun qu'en Hongrie, et il en voit la cause dans l'usage d'un tabac très fort que l'on chique ou que l'on fume dans des pipes à tuyau très court, laissant suinter un suc âcre qui se répand sur la lèvre. Gunter pense aussi que la cause des cancroïdes labiaux peut se retrouver dans l'usage immodéré du tabac : « Presque tous les opérés, dit-il, étaient d'*enragés fumeurs*, le deuxième ou le troisième jour après l'opération, il les trouvait fumant derrière les rideaux des lits (1). »

Enfin, apparaît Bouisson qui en 1859 publie dans son *Tribut à la chirurgie* (Tom. II) un long chapitre sur le cancer des fumeurs, dont il fait une maladie nouvelle, spéciale et bien déterminée, s'attaquant non seulement aux lèvres, mais pouvant atteindre la langue, le plancher buccal, les fosses nasales, le pharynx et l'amygdale.

1. Lortet. Th. doct. Paris., p. 52, 1861

Avant Bouisson, il est vrai, « les professeurs Roux, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et Lallemand, à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, rappelaient souvent, dans leur enseignement clinique, la réalité de cette influence étiologique; M. Leroy d'Étiolles, à qui l'on doit une statistique de l'affection cancéreuse, avait fait aussi une part importante à l'habitude de fumer, pour la production cancéreuse des lèvres, et ce détail d'étiologie avait été au moins succinctement mentionné dans les traités d'hygiène (Michel Lévy, *Hygiène publique et privée*) ou dans les traités récents de chirurgie (Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de Chirurgie*); le Dr Payn, médecin colonial à Hussein-Dey, avait bien publié quelques observations sur ce sujet; enfin, Lebert avait admis la réalité de l'influence locale du tabac sans la production du cancroïde buccal »; mais tous ces auteurs n'avaient fait que signaler le fait sans y attacher d'importance et c'est à Bouisson que nous devons l'histoire complète du cancer des fumeurs.

« Il n'est pas douteux, écrit Bouisson, que le cancer des lèvres et des autres parties de la bouche ne soit devenu plus fréquent depuis que l'habitude de fumer s'est non-seulement répandue d'une manière générale, mais qu'elle s'est accrue chez les individus qui l'ont contractée. Si l'on compare à cet égard les tableaux de consommation du tabac en France, au commencement de ce siècle, avec ceux de l'époque actuelle, on se convaincra que c'est surtout depuis la fin de l'Empire, et plus spécialement depuis 1830, que l'usage de cette substance s'est généralisé d'une manière vraiment extraordinaire.

Or, il est à remarquer que le nombre des cancers des lèvres est devenu plus considérable à mesure que l'invasion de l'habitude qui pouvait provoquer cette maladie faisait elle-même des progrès. Cette lésion était assez rare avant l'époque contemporaine. Si l'on consulte les auteurs de chirurgie du dernier siècle, et même ceux du commencement du siècle actuel, on reconnaît que le cancer des lèvres n'est pas noté dans leurs ouvrages comme affectant une prédominance marquée sur celui des autres régions, et nul d'entre eux ne paraît avoir soupçonné que l'influence du tabac à fumer pût jouer un rôle comme cause déterminante de la maladie. »

« On peut s'en convaincre en parcourant les articles consacrés à l'étude du cancer buccal dans les traités généraux de Sabatier, Léveillé, Boyer, Delpech, Richerand, etc. Les chirurgiens étrangers, à qui l'on doit aussi uns exposition générale de la science, tels que Heister, Bell, Richter, Monteggia, gardent le même silence sur ce point d'étiologie, qu'on ne trouve pas signalé non plus dans les auteurs d'ouvrages spéciaux sur les maladies de la bouche, tels que Jourdain et Gariot. On n'enfreint pas les règles d'une induction rationnelle en admettant que si des observateurs que leur expérience mettait à même de recueillir et de juger les faits de cet ordre, n'ont pas remarqué la fréquence du cancer labial dans la proportion où nous la constatons aujourd'hui, c'est que la cause occasionnelle de cette maladie était moins commune qu'elle ne l'est de nos jours, et que le nombre des fumeurs étant beaucoup moindre, le nombre des maladies que cette habitude engendre était aussi bien moins

considérable. En revanche, l'accroissement du nombre des fumeurs à outrance, qui se rendent esclaves de cette pernicieuse habitude depuis leur adolescence, et qui cèdent à l'empire qu'elle exerce jusqu'à fumer presque sans interruption, à ce point que pour certains d'entre eux le sommeil lui-même n'est pas un temps de repos et n'affranchit pas l'ouvertnre buccale du contact de la pipe ou du cigare, cet accroissement, disons-nous, a fait naître dans une proportion évidemment inconnue autrefois, le nombre des maladies cancéreuses de la bouche exigeant des opérations chirurgicales. Jamais il n'a été autant question dans les hôpitaux ou dans la pratique civile, des cautérisations, des excisions des lèvres ou de la cheiloplastie (1).

« Cette dernière opération, dont on ne trouve que quelques traces historiques dans Celse et dans Franco, mais qui, dans la pratique commune, était à peu près inconnue, a surgi de nos jours, non-seulement comme une manifestation des progrès généraux de la médecine opératoire, mais comme une preuve des occasions plus fréquentes qu'ont eues les chirurgiens de recourir à des procédés dont les ravages du cancer labial ont accru la nécessité (2).

En 1861, M. Lortet (3) dans une thèse inspirée par M. Desgranges, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, combat les idées émises par Bouisson qu'il accuse de

1. Bouisson. *Tribut à la Chirurgie*, tom. II, p. 263.
2. Bouisson, p. 264.
3. Lortet: *Du prétendu canceroïde buccal*. Th. doct. Paris, 1861.

« montrer seulement la *face* de la médaille et d'en cacher soigneusement le *revers* ». Sans nier cependant l'influence étiologique du tabac d'une manière absolue il accuse Bouisson d'exagération. « Quoique nous soyons bien éloigné, dit-il, de vouloir défendre l'usage du tabac contre ses accusateurs, nous croyons cependant que jusqu'à nouvel ordre on ne peut le rendre entièrement responsable d'un mal qu'il n'a peut-être jamais commis ».

Depuis cette époque les classiques se sont bornés à signaler les diverses opinions antérieurement émises. M. Guermonprez a de nouveau attiré l'attention sur la question dans la séance du 18 mars 1896 de la Société des sciences médicales de Lille. Il a confirmé les observations de Bouisson et les a précisées davantage. Mais ce n'est pas sur le cancer des lèvres qu'il a le plus insisté, c'est sur les localisations plus profondes dont il est question plus loin.

B) *Langue.* L'importance et la gravité du cancer de la langue ont fait naître, dans ces dernières années surtout, une multitude de travaux ayant trait au traitement chirurgical de ces tumeurs. Dans l'antiquité, au temps d'Hippocrate, de Celse, de Galien, le « cancer de la langue était réputé incurable, et dès lors on ne s'en occupait guère dans les descriptions didactiques. Les choses en restèrent là jusqu'à la fin du moyen-âge. Ruysch fut un des premiers à tenter le traitement chirurgical, et jusque vers la fin du XVIII$_e$ siècle on pourrait signaler quelques essais analogues. Mais ces essais restèrent isolés, et cela pour deux motifs : D'une part, l'outillage était bien défectueux pour ces opérations, si

souvent difficiles et dangereuses par l'hémorrhagie, quand elles doivent avoir quelque étendue. D'autre part, et surtout, on était dominé par un préjugé quasi religieux : l'amputation de la langue devait infailliblement être suivie de la perte de la parole. Sans doute, A. Paré, Roland de Bellebat publièrent quelques observations où la phonation avait persisté chez des sujets privés de leur langue par gangrène, par traumatisme ou par supplice pénal : on se borne à crier au miracle, et si Hortius conteste le miracle, c'est pour soutenir que la langue s'était régénérée ».

« Les choses en étaient là quand parut, en 1774, le mémoire de Louis. C'est surtout à combattre le préjugé que s'attacha l'auteur : il y réussit, et à partir de ce moment le principe de l'intervention chirurgicale fut admis ».

« L'étude du cancer de la langue fut alors pour ainsi dire à l'ordre du jour, et, naturellement, on s'occupa d'abord de technique opératoire. Le choix des instruments, les méthodes d'hémostase, les voies d'accès, telles furent les questions agitées les premières ; et ce fut là, pendant la première moitié du XIXe siècle, l'œuvre de Mayor, Mirault, Flaubert, Rizzoli, Regnoli, Roux, Sédillot, Jäger, Maisonneuve, Chassaignac, etc. Ces études opératoires ont été reprises et perfectionnées depuis l'avénement de la méthode antiseptique (1).

Bouisson a signalé la coïncidence du cancer de la langue avec l'habitude de fumer, mais il n'en a pas apprécié l'importance. Th. Anger a fait la même observa-

1. Broca, *Traité de Chir.*, tome V.

tion, mais il n'a pas été jusqu'au bout ; il n'a pas prouvé qu'il y ait entre la pipe et le cancer une relation de cause à effet.

C'est à M. Guermonprez qu'appartient le mérite d'avoir fourni la démonstration du motif de localisation, qui fait du cancer de la langue un véritable cancer des fumeurs. D'après lui, le cancer de la lèvre n'est pas le seul qui survienne à la suite de l'usage du « brûle-gueule ». Lorsque le fumeur, devenu vieux, a perdu une ou plusieurs dents usées par le contact prolongé du tuyau de la pipe, il fixe celui-ci en l'introduisant plus profondément dans la bouche et en refoulant la langue de bas en haut pour s'en servir comme d'un moyen de compression sur la voûte palatine, tandis qu'il se sert de ses deux mains, soit pour jouer, soit pour travailler. Alors s'observe le cancer latéral de la langue ou bien le cancer amygdalien (1).

C) *Pharynx et amygdale.* — Enfin, pour terminer l'histoire des cancers buccaux, il ne nous reste plus qu'à dire un mot des épithéliomes de l'arrière-bouche. Ces tumeurs sont généralement laissées dans l'ombre par la plupart des traités classiques, car, il n'y a pas longtemps encore, on n'osait les aborder.

L'histoire de ces épithéliomas est parfaitement résumée dans la thèse de M. Derecq (1887), sur l'épithélioma primitif de l'amygdale : « L'étude du cancer de l'amygdale, « écrit Derecq, est de date récente, et si nous voulions « résumer l'historique de ces épithéliomas, nous pour- « rions dire qu'il comprend trois phases :

1. *Journal des sciences méd., de Lille*, 18 avril 1896, p. 380.

« 1° Une phase dans laquelle ils sont méconnus ou « plutôt confondus avec les autres variétés du cancer de « l'amygdale ;

« 2° Une phase dans laquelle on reconnaît l'existence « des épithéliomas de l'amygdale, secondaires aux épithé- « liomas de la langue ou de la joue, et dans laquelle on « nie celle des épithéliomas primitifs.

« 3° Enfin une phase dans laquelle on admet que les « amygdales peuvent être le point de départ d'épithélio- « mas, qui plus tard envahissent les parties voisines.

La première phase avec Boyer, Blandin, Cloquet, Nélaton, les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique*, etc., se terminerait en 1875 ; à cette époque, MM. Follin et Duplay, dans leur traité de pathologie externe, admettent l'existence de l'épithélioma de l'amygdale, mais secondaire ; enfin la troisième phase débute en 1879 avec Piérin qui, dans sa thèse intitulée de l'*Epithélioma de l'amygdale*, traite le premier de l'épithélioma primitif ; plus tard en 1886, M. Castex, s'étend sur ce sujet dans son mémoire sur les tumeurs malignes de l'arrière-bouche (1).

Personne n'avait encore signalé l'influence du tabac dans l'étiologie du cancer de l'amygdale, lorsque M. Guermonprez a, le premier, fait connaître l'importance de cette cause. Pour lui, elle est la même que celle du cancer de la langue chez les fumeurs. La localisation se fait à une profondeur qui diffère, selon que le fumeur enfonce plus ou moins le tuyau de sa pipe.

1. L. Derecq. *De l'épithélioma primitif de l'amygdale;* Th. doct. Paris, 1887.

Fosses nasales. — La localisation du cancer des fumeurs dans les fosses nasales n'est pas actuellement prouvée. L'avenir élucidera peut-être ce point curieux. Bouisson est le seul auteur qui en ait signalé quelque chose.

E. F. Bouisson (1) « a opéré un de ses confrères de Barcelone atteint de végétations épithéliales des narines, réputées polypeuses, et que le malade, très capable d'apprécier cette influence étiologique, n'hésitait pas à attribuer lui-même à cette frivole habitude, si répandue chez les Espagnols, d'éliminer par les narines, la fumée des cigarettes » (p. 270, 271).

Plus loin, le même auteur revient sur l'origine tabagique du cancer du nez déterminé par un autre mécanisme. « J'ai observé, écrit-il, comme d'autres chirurgiens, le cancer du nez chez les priseurs ; les irritations chroniques et les végétations épithéliales de l'entrée des narines ou de la lèvre supérieure ; enfin l'ozène, que les priseurs croient détruire par le tabac, tandis que celui-ci provoque, ou entretient l'ulcère fétide, qui constitue cette maladie » (p. 271).

1. Bouisson, Mém. Tom. II, p. 271.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Le cancer des fumeurs est presque toujours, quel que soit son siège, un épithéliome pavimenteux lobulé. Voici la description qu'en a donnée M. Quénu. (Chapitre tumeurs, *Traité de Chirurgie*, T. Ier p. 367) : « C'est particulièrement à ces tumeurs que s'applique le terme cancroïde employé par les cliniciens. Elles se présentent tantôt sous forme de plaques d'aspect papillaire, tantôt sous forme de tumeurs occupant l'épaisseur du derme. Leur tissu se déchire facilement (cancer friable de Cruveilhier), il est blanchâtre, granuleux et ne donne pas de suc laiteux au râclage. En le pressant, on fait sourdre de petits filaments analogues à du vermicelle. Par le râclage, on obtient la plupart du temps des espèces de grumeaux qu'on peut désagréger et au milieu desquels se trouvent de petits globes caractéristiques décrits par Lebert sous le nom de *globes épidermiques*. Ces globes épidermiques se composent de cellules cornées, imbriquées en couches concentriques. Sur les coupes, on retrouve ces globes

épidermiques au centre des bourgeons épithéliaux. Ceux-ci sont disposés au milieu d'un tissu conjonctif vasculaire, sous forme de lobules réunis par des travées épithéliales. Chaque lobule se compose de cellules qui reproduisent de la périphérie au centre l'évolution des cellules du corps muqueux de Malpighi : on trouvera donc, tout à fait à la périphérie, des cellules cylindriques, puis des cellules dentelées, puis la couche granuleuse ou *stratum granulosum*, et enfin la couche cornée représentée par les globes épidermiques. La couche granuleuse est plus épaisse dans les épithéliomas que dans l'épiderme normal, les cellules renferment des gouttelettes d'éleidine plus volumineuses et plus nombreuses ».

« Il existe une variété d'épithéliome pavimenteux lobulé dans laquelle les cellules, au lieu de subir la kératinisation habituelle, deviennent colloïdes au centre des lobules; alors elles ne renferment plus d'éleïdine : ces épithéliomes portent le nom d'*épithéliomes muqueux* ». C'est cette variété qui se rencontre habituellement dans le cancer des fumeurs, localisé soit à la langue, soit au plancher de la bouche, soit au pharynx, soit à l'amygdale.

« On peut rencontrer, ajoute M. Quénu, dans une même tumeur, d'une part des lobules à évolution muqueuse et des lobules à évolution cornée; d'autre part des lobules à évolution mixte, tel, par exemple, que le centre renferme une goutte de colloïde entourée de cellules cornées, ou inversement ».

Ceci est la règle dans le cancer des lèvres qui envahit à la fois la muqueuse buccale et la peau de la face,

I. — *Lèvres.* — Ainsi qu'on l'a vu plus haut, le cancer des lèvres est donc un épithéliome pavimenteux, presque toujours lobulé, quelquefois corné et muqueux.

La tumeur débute, en général, à la limite de la muqueuse et de la peau; quelquefois par la muqueuse, surtout lorsqu'elle est consécutive à la leucoplasie, aux plaques des fumeurs. Au début, les papilles sont hypertrophiées et le corps muqueux interpapillaire envoie dans le derme des bourgeons plus ou moins profonds. Quand il y a des poils et des glandes sébacées, leur épithélium concourt au développement du néoplasme, mais il n'en est pas l'origine.

Le cancroïde se propage par la voie lymphatique. C'est ainsi, sans doute, qu'il envahit, comme l'a montré Heurtaux, les travées conjonctives périmusculaires. Le long de l'orbiculaire, il arrive assez vite à la commissure labiale. Là, l'entrecroisement des fibres musculaires l'arrête, mais bientôt il pousse un prolongement à la joue, le long du buccinateur; au menton, le long du carré et de la houppe, et ce prolongement mentonnier ne tarde pas à pénétrer dans le maxillaire, le long des vaisseaux et du nerf mentonnier (1).

II. — *Mâchoires.* — Chez les fumeurs, le cancer du maxillaire supérieur est exceptionnel. Au contraire le maxillaire inférieur est fréquemment atteint, mais jamais primitivement : ce sont toujours des cancers par propagation d'un cancroïde des parties molles. Les cancers de la lèvre inférieure surtout sont susceptibles de gagner le maxillaire

1. Broca. *Traité de chirurgie*, t. V, p. 223.

inférieur et de l'envahir sur une grande étendue. Dans d'autres cas, le point de départ du néoplasme est la muqueuse buccale ; il s'agit, le plus souvent, d'un cancer de la langue qui se propage à la mâchoire inférieure. De même le cancer des ganglions lymphatiques, de la glande sous-maxillaire, du plancher de la bouche, de l'amygdale, peut envahir les maxillaires. Ce sont des épithéliomas de même nature que la tumeur qui leur a donné naissance.

III. — *Langue.* — L'épithélioma lingual naît aux dépens de la muqueuse; quelques auteurs ont cru qu'il pouvait naître encore aux dépens de l'épithélium qui revêt les glandes annexées à cette muqueuse, mais les recherches de Ch. Robin, de Thiersch, tendent à prouver que cette variété glandulaire n'existe pas. Le cancer des fumeurs, localisé à la langue, est donc un épithéliome pavimenteux lobulé, muqueux. Il peut prendre naissance à la superficie de l'organe ou dans sa profondeur; dans le premier cas, on l'appelle épithéliome papillaire, dans le second cas, on le nomme épithélioma interstitiel. Ces deux formes, différentes dans leur origine, ne tardent pas à évoluer vers le même but; toutes deux aboutissent bientôt à l'ulcération, et alors les lésions sont anatomiquement identiques.

L'épithéliome interstitiel, qui commence dans les couches profondes des sillons interpapillaires, est unilatéral et se présente sous forme de noyau induré, englobé dans l'épaisseur de la langue. Il se propage le long des vaisseaux et tend à gagner en profondeur, respectant pendant un temps plus ou moins long les couches superficielles de la muqueuse.

Mais c'est sous la forme d'épithéliome interstitiel que débute ordinairement le cancer des fumeurs à la langue ; celui-ci, en effet, de nature inflammatoire, succède quelquefois à la leucoplasie buccale, aux plaques des fumeurs, et presque toujours il se présente sous forme d'épithélioma superficiel, c'est-à-dire d'épithéliome papillaire.

Dans l'épithélium papillaire, les papilles sont à la fois plus volumineuses que normalement et déformées, les unes effilées, les autres en massue, quelquefois entre elles sont des sillons plus ou moins profonds, d'où un aspect fendillé, fissuré même. Mais tant que la lésion reste simple, ces papilles sont recouvertes d'un épithélium qui conserve son type normal : il est proliféré, il est épaissi, il forme des plaques blanches, mais il n'est pas atypique. C'est, en somme, à ce moment, un véritable papillome qui ne tardera pas à devenir épithélium, car bientôt les cellules épithéliales deviennent déformées, atypiques, réunies en globes épidermiques qui subissent la transformation colloïde, envahissent le chorion et l'infiltrent à une profondeur plus ou moins grande.

C'est alors que ce cancer des fumeurs se présente à la surface de la langue sous forme de plaques indurées, limitées, plus ou moins saillantes; bientôt il s'ulcère et se présente sous l'aspect de crevasses.

Ulcéré, il s'étend en surface et en profondeur. Autour de l'ulcère, il y a presque exclusivement des cellules épithéliales en boyaux, avec globes épidermiques; à la périphérie apparaît un tissu embryonnaire au sein duquel s'enfoncent les involutions épithéliales. Les vaisseaux sanguins envahis par le néoplasme saignent facilement ;

les vaisseaux lymphatiques se remplissent d'éléments morbides qu'ils charrient jusque dans les ganglions, bientôt engorgés; les fibres musculaires d'abord dissociées, disparaissent, par atrophie compressive dit Ch. Robin, par dégénérescence granulo-graisseuse prétendent Lebert et Thiersch.

A l'œil nu, son aspect est celui d'un tissu dur, élastique, d'apparence fibreuse, la coupe est translucide, blanchâtre : à la périphérie on la voit hérissée de petits prolongements qui lui donnent l'aspect d'une mûre (aspect mural), surface rugueuse, inégale, mamelonnée.

Le cancer lingual est d'une grande malignité locale : mais il ne se prolonge guère que par continuité, et dans les ganglions par les vaisseaux lymphatiques. Bien que sa généralisation métastatique existe, elle est extrêmement rare.

IV. — *Plancher buccal.* — Le plancher buccal peut être envahi secondairement par des cancers nés dans les organes voisins (langue, maxillaire inférieur) ; il peut être le point de départ des lésions. Dans ce cas, le cancer du fumeur débute par la muqueuse de la région en contact habituel avec le tuyau de la pipe et très rapidement l'affection envahit les glandes sublinguales. L'épithélioma s'étend même plus loin, dans les ganglions, dans la glande sous-maxillaire, et se propage même d'autre part, au maxillaire intérieur.

Histologiquement, on trouve soit un épithélioma pavimenteux lobulé, soit un épithélioma tubulé, soit même un

épithélioma à la fois tubulé et lobulé, comme le fait observé par Suchard dans une autopsie (1).

V. — *Amygdale.* — Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique du cancer de l'amygdale chez les fumeurs, ce serait faire double emploi avec celle du cancer de la langue, sur laquelle nous avons cru devoir nous appesantir davantage. Il est démontré que, dans ces cancers de l'amygdale, il s'agit presque toujours d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

1. Broca. *Traité de Chirurgie*, 1891.

CHAPITRE III

Étiologie.

« Dans l'histoire des cancers de la bouche une des questions sans contredit les plus obscures est celle de l'étiologie. D'une manière absolue, la question nous paraît insoluble, et tous les auteurs avouent leur ignorance. Mais il nous semble qu'il y a une distinction à établir. Si l'existence de la prédisposition cancéreuse échappe à nos moyens d'investigation, qu'elle soit due à l'hérédité, aux constitutions, ou même aux diathèses acquises, il n'est pas impossible dans tous les cas de trouver les causes de ses manifestations dans tel ou tel organe. »

« Dans le développement du cancroïde, l'influence des causes externes est admise par tout le monde et je ne vois pas si, comme le dit lui-même Lebert, le cancer ne se développe qu'en vertu d'une prédisposition générale, d'un vice constitutionnel qu'il compare au vice vénérien ou scrofuleux, pourquoi l'on n'admettrait pas qu'une cause externe put déterminer le développement d'une affection

cancéreuse dans l'organe qui est soumis à son action. »

« Ainsi, on pourrait admettre deux ordres de causes : des causes prédisposantes, des causes déterminantes. Les premières échappent le plus souvent à nos moyens d'investigation, ce sont l'hérédité, la présence du cancer dans quelque autre organe, etc.

« Parmi les causes déterminantes, il faut placer au premier rang, l'irritation de la pipe surtout quand elle est courte et que le sujet a l'habitude de la porter toujours du même côté ; les excoriations produites par les dents cariées, l'habitude de chiquer, les engorgements chroniques de la langue déterminés par l'abus du tabac, des mercuriaux ; enfin toutes les irritations quelles qu'elles soient, toutes les fois qu'elles ont un caractère de fréquence et de chronicité comme celles qui viennent d'être énumérées ».

« Ce sont, continue M. Robert, telles que je crois les avoir bien saisies, les idées que j'ai entendu émettre à H. Larrey sur le rôle des causes externes dans le développement d'un cancer en général, et applicable, je pense, au développement du cancer buccal (1) ».

Les conditions étiologiques du développement de l'épithélioma dit « cancer des fumeurs » peuvent donc être divisées en deux groupes, dont le premier comprend les causes générales et le second les causes déterminantes. On ne connaît pas la cause immédiate de l'apparition : l'hypothèse d'une diathèse néoplasique qui serait congénitale et transmise héréditairement, qui aurait pour résul-

1. Robert : Thèse de Paris 1856.

tat le dépôt dans certains organes de germes élémentaires des épithéliomes, de tumeurs microscopiques latentes ou de tumeurs à peine appréciables, restant longtemps à l'état de verrues, de condylomes, de loupes, de papillomes, d'hypertrophies glandulaires en miniature, cette hypothèse, qui a été mise en lumière par Verneuil, a été appliquée à l'épithélioma bien plus qu'à tout autre néoplasme, parce que la plupart des tumeurs hypertrophiques des téguments et des muqueuses peuvent être le point de départ de l'épithéliome.

L'hypothèse de la diathèse cancéreuse semble s'imposer à celui qui étudie l'évolution du cancer. La majorité des pathologistes admettent, en effet, la diathèse cancéreuse, et lui reconnaissent les caractères les plus légitimes d'une diathèse, tels que l'unicité dans la nature de la production morbide, qui en est la manifestation ; la multiplicité, quelquefois observée, des manifestations primitives ; l'influence de l'hérédité, la marche chronique, la progression des manifestations, leur généralisation, la terminaison par la cachexie.

Cependant quelques auteurs, Velpeau en particulier, se sont efforcés de démontrer que l'hypothèse de la diathèse n'est pas nécessaire pour faire comprendre l'évolution du cancer. La tumeur primitive, une fois constituée sous l'influence de l'irritation locale, le transport des éléments, l'embolie carcinomateuse, la greffe à distance, l'infection secondaire du sang, rendraient compte, suivant eux, de la généralisation et de la cachexie. Ils invoquent de plus des arguments qui présentent une certaine valeur : ainsi, l'évolution du cancer n'est pas toujours

complète, l'hérédité n'apparaît indéniable que dans un nombre de cas relativement restreint ; l'unicité n'est pas complète, puisque la texture des néoplasies réunies sous le nom de cancer ne présente pas une uniformité réelle.

On a vu, cependant, que ces objections intéressantes au point de vue comparatif des diathèses ne sauraient empêcher que, dans chacune des phases de l'évolution du cancer, il reste une cause générale, une inconnue, que l'on est obligé de dénommer, et l'expression de diathèse, avec les attributs qui en sont la conséquence, apparaît, quant à présent, comme la plus satisfaisante. La difficulté réelle consiste dans la délimitation de la diathèse ; elle correspond à la difficulté de la délimitation du groupe des cancers. Le carcinome épithélial conserve toujours des caractères particuliers, et c'est pourquoi M. Cornil l'a nettement séparé du carcinome ou cancer vrai. Il faut donc admettre ou bien une diathèse carcinomateuse et une diathèse épithéliale, ou bien les réunir en une seule et même diathèse. En faveur de la première hypothèse, il y a la différence dans la structure et la disposition des éléments ; quant à la seconde hypothèse, admise et défendue par Hénocque, on objectera que, suivant cette théorie, toute les formes de carcinome pourraient se rencontrer chez le même malade, le squirrhe et l'encéphaloïde devraient coïncider avec l'épithélioma.

En résumé, cette question de diathèse cancéreuse, qui donna lieu à de nombreuses discussions, et qui en somme est bien discutable, n'est en définitive qu'une hypothèse destinée à masquer l'ignorance sur ce sujet. Elle est acceptée par la plupart des pathologistes en attendant

que la lumière soit faite, que la cause véritable du cancer soit révélée ; acceptons-la aussi jusqu'à preuve du contraire.

Il convient de rechercher l'importance qu'il faut donner aux autres causes, les causes déterminantes.

Les causes déterminantes de la localisation sont plus nettement démontrées pour les épithéliomes, que pour la plupart des autres néoplasmes. En effet, l'influence des irritations répétées, agissant sur des tissus plus ou moins modifiés par des altérations chroniques, est incontestable. A la bouche, l'action irritante locale du tabac a fait donner le nom de « cancer des fumeurs » aux épithéliomas de la lèvre (Roux, Bouisson), et certes cette influence doit être acceptée. Cette influence n'est pas moins certaine pour les cancers de la langue et de l'amygdale qui se rencontrent chez les vieillards privés de dents.

« Les professeurs Roux, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et Lallemand, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, rappelaient souvent dans leur enseignement clinique la réalité de cette nouvelle influence étiologique.

« Leroy d'Etioles, à qui l'on doit une statistique de l'affection cancéreuse, a fait aussi une part importante à l'habitude de fumer, pour la production de l'affection cancéreuse des lèvres ; et cette croyance s'est encore fortifiée par les observations que l'on doit à Rigal (de Gaillac).

« Depuis lors, ce détail d'étiologie est, au moins succinctement, mentionné dans les traités d'hygiène, ou dans les traités de chirurgie. E. F. Bouisson, de Montpellier, a recueilli sur le même sujet d'autres témoignages confirmatifs, soit de la part des chirurgiens militaires, soit de

la part de praticiens établis dans des contrées, où l'usage du tabac a pris (s'il se peut) des proportions encore plus fortes qu'en France, c'est-à-dire en Algérie. On consultera avec fruit, sur cette question, les observations publiées par le Dr Payn, médecin-colonial à Hussein-Dey (1).

« Les micrographes ou les chirurgiens, qui se sont occupés de la distinction du cancroïde et du cancer, Lebert entre autres, acceptent la réalité de l'influence locale que Bouisson signale pour le cancroïde buccal » (2).

Si Bouisson insiste sur ce point, s'il apporte « une liste nouvelle d'observations, c'est qu'il existe encore des chirurgiens incrédules (ce sont peut-être, ajoute Bouisson, des fumeurs qui cherchent à se faire illusion), disposés à absoudre le tabac de toute charge et qui prétendent que, si cette substance jouait un rôle étiologique dangereux, le cancer serait encore plus fréquent, et que tous les anciens fumeurs devraient en présenter des traces, ce qui n'est pas confirmé par l'observation ; et que d'ailleurs ce ne sont pas les individus qui fument le plus et dans les plus mauvaises conditions, qui sont le plus nécessairement atteints de cancer buccal.

« En bonne logique médicale, ces arguments n'ont pas une grande valeur, objecte Bouisson.

« De ce que tous les fumeurs ne sont pas atteints de cancer, il ne s'en suit pas que l'usage du tabac n'est pour rien dans la production de cette maladie. Il faut sans doute quelque chose de plus que l'habitude de fumer ; et

1. *Gazette médicale de l'Algérie* du Dr Bertherand, oct. 1858.
2. *Tribut de la chirurgie*, Tome II, p. 264, 265.

Bouisson n'hésite pas, pour sa part, à accorder une large influence à une diathèse générale ; mais le même auteur se croit fondé à soutenir que cette disposition morbide fut restée latente, sans la cause provocatrice locale, que représente l'action irritante du tabac incessamment concentrée sur le même point. L'existence de la diathèse aide à comprendre le développement du cancer, de même que sa non-existence explique suffisamment pourquoi tous les fumeurs n'ont pas à se plaindre du mal dont Bouisson fait retomber la production sur l'usage du tabac et sur la manière de le consommer. Le fait n'en subsiste pas moins. Le médecin n'est plus même seul à constater (en 1861) la fréquence du cancer chez les fumeurs. Ce fait est notoire, hors de la sphère d'observation médicale proprement dite ; Bouisson pourrait au besoin invoquer l'affirmation de personnes très autorisées à émettre une opinion sur ce point, celle de fonctionnaires supérieurs de l'administration des tabacs » (Bouisson, *Tribut à la Chirurgie*, II, 265, 266).

Hérédité. — L'influence de l'hérédité dans la production du cancer, admise par tout le monde, ne semble cependant pas avoir l'importance étiologique que certains chirurgiens ont voulu lui donner. Villy Sachs, sur 69 cas de cancers buccaux, n'a pu établir l'hérédité que quatre fois. Dans toutes nos observations personnelles, les malades ne présentent pas d'antécédents héréditaires ; aussi pouvons-nous conclure avec la plupart des classiques que cette influence est rare.

Observation I (résumée de Th. Anger). — M. X..., 50 ans. Pas d'antécédents syphilitiques; la mère est morte à 53 ans d'un cancer de l'utérus. Le malade fume énormément : 12 à 14 cigares par jour et 20 à 25 centimes de tabac.

Diagnostic. — Cancer de la langue.

Conclusion. — « En résumé, cancer épithélial à marche très rapide, reconnaissant pour cause l'*hérédité et un abus inouï du tabac.* »

Observation II (Th. Anger). — M. X..., avocat, 46 ans, entre le 18 juin 1872 à la maison municipale de santé dans le service de M. Demarquay.

Antécédents. — A part deux congestions cérébrales qui n'ont pas eu de suites, cet homme grand et vigoureux a toujours joui d'une parfaite santé. Sa mère, encore en vie, est également très bien portante, mais le père est mort jeune d'une affection de l'estomac *très probablement d'un cancer.* M. X..., fumait la pipe du matin au soir et employait au minimum un demi-paquet de tabac par jour. Jamais il n'a souffert de maux de dents : cependant l'usage de la pipe avait amené un certain degré de gingivite superficielle et l'une des petites molaires, rejetée en dedans, blessait parfois la langue.

Diagnostic. — Epithélioma de la moitié droite de la langue.

Observation III (Boyer). — B..., 67 ans, entre le 28 septembre 1858 à l'hôpital Saint-Louis. Son père est mort d'une affection chirurgicale de la jambe à 74 ans. Il fume la pipe. *Pas d'antécédents.* Cancer de la langue, opéré à l'aide de l'écraseur linéaire par M. Foucher et sorti guéri de l'hôpital.

Observation IV (Boyer).— X..., 56 ans, entre le 4 mai 1865 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Jarjavay. C'est un homme très robuste, *sans antécédents héréditaires*, n'a jamais commis d'excès d'aucun genre. Il est fumeur.

Porteur d'une tumeur du bord latéral gauche, le malade, qui avait l'habitude de fumer la pipe, éprouvait chaque fois une douleur au niveau de la tumeur. Il ne tarda pas à consulter un médecin qui lui défendit de fumer.

M. Jarjavay ayant diagnostiqué un cancroïde de la langue, opère cette tumeur le 18 mai au moyen de l'écraseur linéaire et le 9 juin le malade sort guéri.

La tumeur, examinée au microscope, présentait tous les caractères de l'épithélioma.

Observation V (Robert). — M..., vétérinaire de première classe, âgé de 47 ans, entré le 21 mai 1856 (Val-de-Grâce, clinique chirurgicale de M. le professeur Larrey) ; d'une constitution vigoureuse, n'ayant *d'antécédents* ni *héréditaires*, ni *personnels*, fumant habituellement la pipe. Ulcération cancéreuse de la langue.

Observation VI (Robert). — Le malade est âgé de 60 ans ; voiturier ; souffrant depuis huit mois. Jamais il n'a eu de maladies vénériennes. *Pas de cancer dans sa famille*. Il *fume*, mais il a cessé depuis l'invasion de la maladie.

Cancer de la langue, du côté droit. Mort (Hôpital des cliniques, M. H. Lamy, suppléant M. le professeur S. Cloquet).

Sexe. — Le cancer des fumeurs se rencontre presque exclusivement chez l'homme : « Sur une quarantaine d'observations que j'ai recueillies ou consultées dans les ouvrages où elles sont consignées, écrit Robert (1), les deux tiers au moins s'appliquent à des hommes. Mais, comme le fait remarquer M. Lebert, il est probable que cette fréquence plus grande chez les hommes tient à la proportion assez considérable chez eux des cancroïdes qui succèdent à l'abus des pipes trop courtes. »

E. F. Bouisson reconnaît (p. 268) que le cancer des fumeurs est rare chez les femmes. « Mais l'habitude qui l'a produit se répand déjà chez les femmes des classes laborieuses, au moins dans certaines contrées du nord. Si la mode de fumer, qui naguère semblait acquérir en France même le droit d'adoption chez l'autre moitié de l'espèce humaine, n'avait pas résisté au patronage des élégantes connues sous le nom de *lionnes*, le cancer labial aurait assurément trouvé un ordre nouveau de victimes. » La crainte du cancer serait encore plus grande, si les femmes savaient qu'elles s'exposent, non seulement par la lèvre, mais aussi par la langue et par le pharynx (Guermonprez).

« Un de nos confrères, ajoute Bouisson, appelé auprès d'une demoiselle affligée d'un cancroïde de la lèvre inférieure, s'étonnait de l'existence d'un mal, qu'il n'avait encore observé que sur des hommes, lorsqu'il se hasarda à adresser timidement une question relative aux habitudes de la malade. Celle-ci déclara qu'elle fumait en

1. Thèse de Robert 1856, page 16.

cachette, mais qu'elle consacrait à ce plaisir tout le temps où il lui était permis d'être seule! » (p. 268).

Age. — Le plus grand nombre des sujets atteints ont depassé l'âge de 40 ans. Chez les riches et les raffinés, qui fument les cigares délicats, le narghilé ou les longues pipes et qui neutralisent du reste, par des soins hygiéniques, les effets locaux de la combustion du tabac, le cancer est éludé ou se développe d'une manière plus tardive. « C'est sur des personnes de cette condition que nous avons vu, écrit Bouisson, le cancer ne se manifester qu'après l'âge de 70 ans ou même de 80 ans » chez les individus des classes inférieures qui fument la pipe à tube court et du tabac de mauvaise qualité, la maladie se développe généralement plus tôt.

Sans être absolu, il est permis de penser que Bouisson se laissa entraîner par des appréhensions quelque peu chimériques, lorsqu'il envisagea la question des adolescents.

« On peut craindre, écrit-il, que le cancroïde labial cesse d'être aussi rare chez les enfants, si l'usage du tabac à fumer s'établit graduellement à un âge, où il était naguère universellement proscrit. Le nombre des adolescents, et, qu'on nous passe le mot, des gamins, qui croient se donner un air de virilité en se permettant la pipe ou le cigare, va croissant. Nous apprenons, ajoute Bouisson, que la France, déjà assez avancée dans cette voie, est surpassée par l'Angleterre, où, d'après un rapport du Dr Seymour, des enfants de dix ans consomment jusqu'à quarante et cinquante cigares par jour, et où on tolère que des collégiens fument depuis cinq heures de

l'après-midi jusqu'à trois ou quatre heures du matin. A l'hébétude prématurée, que promet un pareil progrès, nous (Bouisson) ajouterons, dût-on nous accuser de faire au tabac un procès de tendance, *la probabilité* du développement du cancer labial dans le jeune âge » (p. 267, 268). Il est permis de trouver de l'exagération dans cette probabilité. Plus de trente ans se sont écoulés ; l'abus signalé n'a fait que croître ; mais l'opinion de Bouisson n'est pas confirmée (Guermonprez).

Il faut cependant tenir compte des faits observés par l'honorable professeur de Montpellier. « En dehors de conditions moins influentes que celles qu'on nous signale pour l'Angleterre, nous avons déjà observé, écrit Bouisson, sur des adolescents des cas d'épithélioma labial qui ne reconnaissaient pas d'autre cause » (p. 268).

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer personnellement.

Race. — Certains auteurs ont mis en relief l'influence de la race. M. Lortet signale la rareté de l'épithélioma labial dans l'Europe orientale et en Asie-Mineure ; au dire de Lautré, en Afrique, les nègres plus heureux que les blancs, en sont indemnes. En France même, l'influence régionale se ferait sentir, d'après Burin, Bouisson, les départements du centre paieraient à ce mal un tribut particulièrement lourd. Peut-être est-ce parce que les habitants de ces pays sont particulièrement malpropres.

M. Guermonprez n'y voit pas une question de race.

« La malpropreté, écrit Earle (1822), semble avoir quelque importance parmi les causes locales dont l'action est

indéniable ». De son côté, M. Lortet (1861) incrimine la malpropreté pour expliquer l'influence du pays et l'influence régionale, car il n'est pas douteux qu'il est des pays, des régions, où le cancer des fumeurs est très fréquent (Centre, Bretagne, Nord), tandis qu'il est pour ainsi dire inconnu dans d'autres. On comprendra aisément que le manque de propreté, sans avoir d'influence spéciale sur la production du cancer, est cependant favorable à son éclosion ; il agit dans ces cas comme il agit dans toutes les maladies, dans tous les traumatismes, avec plaie surtout. Quand la porte d'entrée est créée, les micro-organismes s'y précipitent, pénètrent et s'accumulent au niveau de ce « *locus minoris resistentiœ* » et peuvent ainsi activer la marche de la maladie.

La malpropreté donc ne peut avoir qu'une influence secondaire, et l'on ne peut chercher en elle la seule raison de la fréquence plus grande des cancers des fumeurs dans les classes peu aisées. S'il est vrai que certains départements à cancroïdes sont peuplés par des habitants malpropres, il n'en est pas moins vrai qu'il en est d'autres où la propreté est excessive, et qui n'en paient pas moins un large tribut au cancer buccal. Nous voulons parler du Nord, dont la « propreté flamande » est légendaire, et, nous ne craignons pas d'affirmer que cette réputation est bien méritée.

Dans tous les pays, dans le nord en particulier, qui sont ravagés par ces cancers buccaux, l'abus du tabac est incontestable. Mais, ce qui fait que le cancroïde s'attaque de préférence au paysan, à l'ouvrier, au pauvre, c'est que cette catégorie d'habitants fume du tabac de qualité

très inférieure, dans de mauvaises pipes en terre à court tuyau, car malheureusement beaucoup, par mesure d'économie, lorsque le tuyau de leur pipe est cassé, continuent à fumer dans le fourneau qui est alors en contact direct avec la bouche. Bien au contraire les gens aisés fument du tabac meilleur, dans des pipes en écume avec bout d'ambre et lorsqu'ils emploient la pipe en terre, ils la choisissent longue et ont soin d'y adapter un bout d'ambre, mauvais conducteur de la chaleur. Voilà, à notre avis, la seule vraie raison pour laquelle, le cancer des fumeurs, rare dans la classe aisée, est au contraire très fréquent dans la classe pauvre.

C'est également l'avis de M. Guermonprez « qui trouve le cancer des fumeurs chez les sujets qui prennent des soins insuffisants de propreté de la bouche, qui fument jusqu'au fond, qui se servent de courtes pipes en terre et qui consomment des tabacs médiocres de contrebande, surtout dans la Vallée de la Lys et des deux côtés de la frontière Franco-Belge » (1).

LOCALISATIONS

1° *Lèvre inférieure.* — « Le cancroïde, ou épithélioma, provoqué par l'usage du tabac, attaque principalement la lèvre inférieure. Cette prédominance est établie par des faits nombreux qui sont du domaine de l'observation journalière. C'est tantôt à la partie moyenne du bord libre de la lèvre, tantôt et plus souvent dans un

1. *Bull. des Sciences méd. de Lille*, 1896, p. 381.

point plus voisin de la commissure, que se montrent les premières traces de l'altération qui doit aboutir au cancer. Si l'on interroge le malade atteint de cette affection, on apprend de lui qu'il fait reposer habituellement le tuyau de la pipe ou l'extrémité du cigare sur le point altéré ; et comme contre-épreuve de cette révélation, si l'on examine l'état des arcades dentaires inférieures et supérieures, on constate chez les vieux fumeurs une dépression, une usure véritable sur le bord des dents qui correspondent à l'épithélioma. Cette usure est produite par le contact prolongé dela pipe, qui est reçue dans une échancrure où elle est retenue plus facilement, ce qui engage le fumeur à lui donner invariablement cette place. Il en résulte que le tuyau de l'instrument est toujours en contact avec les mêmes points de la lèvre, et que celle-ci subit nécessairement une excitation lente et continue. La lèvre supérieure, affranchie d'un contact aussi réitéré, est beaucoup moins souvent le siège de la maladie ; la commissure labiale est elle-même habituellement épargnée, et lorsqu'on observe l'épithélioma dans ces derniers points, c'est ordinairement par la propagation de la maladie dont la lèvre inférieure a été le siège primitif » (Bouisson).

Comme preuves à l'appui, Bouisson publie cinquante observations de cancroïdes de la lèvre, observés chez des fumeurs, fumeurs de pipe pour la plupart.

2° *Langue.* — « Le cancroïde est la forme la plus fréquente du cancer chez les fumeurs ; son siège de prédilection est la lèvre inférieure, c'est-à-dire, celle sur laquelle appuie l'instrument qui sert à introduire la fumée

de tabac dans la bouche; mais il peut aussi se produire sur la langue, et sur 72 observations, Bouisson l'a noté 9 fois; après la lèvre inférieure, c'est l'endroit où se manifeste le plus souvent le cancer des fumeurs. L'épithélioma y est dû à des irritations multiples, d'abord celle de la fumée, ensuite celle de la pipe chauffée à une haute température, et en dernier lieu à la matière empyreumatique que l'on trouve dans le culot sous forme de jus brunâtre.

« Il est donc possible théoriquement que cette irritation soit assez vive pour déterminer l'épithélioma de la langue ».

« Ces idées, écrit Boyer, que j'ai entendues émettre par le professeur de clinique de Montpellier, Bouisson, sont admises par quelques chirurgiens : Lebert est de ceux qui les partagent. Je ne dirai donc pas que le tabac produit l'épithélioma; mais je crois avec mon ancien et savant maître que les fumeurs y sont plus exposés que les autres » (1).

Il nous paraît, en effet, évident que cette matière empyreumatique, ce jus, dont parle Boyer, joue un certain rôle dans la production du cancer lingual. En effet, ce liquide âcre, extrêmement irritant, crépite au fond des vieilles pipes, et au moment où le fumeur aspire plus fort vers la fin de la pipe, il est précipité en quantité notable dans la bouche et sur la langue du fumeur.

Mais le principal rôle revient certainement au contact de la pipe chauffée d'autant plus qu'elle est plus courte,

1. Boyer. *Du cancer de la langue*. Thèse de Paris, 1855.

contact permanent chez les vieillards dépourvus de dents pour maintenir leur pipe qui appuie alors sur la langue adossée elle-même contre la voûte palatine.

M. Guermonprez l'a dit judicieusement : « Il faut voir par soi-même pour être convaincu, car quand on voit on est stupéfait. Si on examine la langue du fumeur cancéreux, on y constate un sillon rosé, pigmenté sur les bords. Ce sillon correspond au demi-cylindre de la pipe. Il est dû à ce que les fumeurs de cette catégorie, pour parler, fixent la pipe en l'appliquant sur le palais avec la moitié de la langue ».

Fréquence. — « Le cancer de la langue, s'il faut en croire la statistique de M. Tanchou, occupe, par rapport au cancer des autres organes, le deuxième rang pour la fréquence. Dans une période de onze ans, de 1830 à 1840, M. Tanchou, en consultant les registres de l'état civil de la Seine, sur 9118 cas de cancers, en a trouvé 36 de la langue.

Dans les recherches sur la statistique du cancer par M. le Dr Marc d'Espine, de Genève, on n'a pas distingué le cancer de la langue avec celui des autres parties de la cavité buccale ; sur 471 cas de décès par cancer en l'espace de huit ans, nous voyons figurer six cas de cancer de la bouche ».

Sexe. — D'après la statistique de Th. Anger, il serait 75 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Les conclusions de la communication d'Hutchinson sur la chirurgie de la langue sont les suivantes : « Le cancer de la langue, très rare chez les femmes, se rencontre le

plus communément chez les fumeurs, surtout quand il ont eu préalablement la syphilis » (1).

Les conclusions de Villy Sachs à ce sujet se rapprochent de celles d'Hutchinson : « En effet, Villy Sachs a soumis à une analyse sérieuse toutes les observations des malades, au nombre de 69, traités à la clinique de Kocher, à Berne, pour des cancers de la langue, depuis l'année 1872 jusqu'à l'année 1889. Il en tire prétexte pour discuter toutes les questions litigieuses touchant cette affection. »

« Sur les 69 malades, 66 appartiennent au sexe masculin ; la proportion des femmes aux hommes est donc de 1 à 22, ce qui diffère sensiblement de la moyenne des autres statistiques. La cause de la prédominance du sexe masculin qui est le plus souvent invoquée est le tabac : l'hérédité n'a pu être établie que dans quatre cas » (2).

Observation VII (Bouisson). — M... Antoine, 60 ans, propriétaire à Alais (usage habituel et invétéré de la pipe). Cancer de la base de la langue ; engorgement des ganglions sous-maxillaires. Inopérable (1856).

Observation VIII (Bouisson). — B.... cultivateur à Mauguio, Hérault, 66 ans, (habitude invétérée de la pipe). Cancer de la langue. Refus d'opération. Mort (1858).

Observation IX (Bouisson). — B.... chaudronnier, 50 ans,

1. *An adress on the surgery of the tongue* par Jonathan Hulchinson. *Brit. Med.*, 12 décembre 1891.

2. 69 *falle von Zungenrarcinome*, c'est-à-dire : 69 cas de cancers de la langue, par Villy Sachs. *Arch. f. clin. chir.*, 1891.

né à Aurillac, Cantal, (usage immodéré de la pipe). Cancer de la face inférieure de la langue. Cautérisation au fer rouge (1859).

Observation X (Bouisson). — M. C.... négociant à Marseille, 36 ans (abus de la pipe et du cigare). Cancroïde de la commissure labiale droite et de la portion voisine de la lèvre inférieure, usure des dents correspondantes ; cancer du bord droit de la langue. Ablation. Guérison (1859).

Observation XI (Bouisson). — M. B... d'Olargues (Hérault), 76 ans (ancien fumeur). Tumeur cancéreuse épithéliale du bord gauche de la langue. Ablation. Guérison (1849).

Observation XII (Bouisson). — P.... (Eugène), propriétaire, 56 ans, né à Nîmes, Gard. (Vaste ulcère cancéreux de la langue, occasionné par l'habitude de fumer). Cachexie cancéreuse. Mort inopinée, sans opération, par concrétion polypiforme du cœur (1851).

Observation XIII (Bouisson). — M. F.... négociant à Avignon, 41 ans (poussant jusqu'à l'excès l'habitude de fumer), fut atteint d'un cancer de la partie latérale gauche de la langue. Opération consistant dans l'ablation de la moitié de cet organe ; cautérisation avec le fer incandescent ; récidive trois mois après ; engorgement des ganglions sous-maxillaires ; impossibilité d'une seconde opération. Le malade a succombé (1855).

Observation XIV (Bouisson). — H..., 60 ans, distillateur à Manguio, Hérault (habitude ancienne de fumer). Tumeur épithéliale de la langue. Excision. Guérison (1856).

Observation XV (Bouisson). — D..., coiffeur à Cette, Hérault, 42 ans, (fumant presque constamment). Cancer ulcéré

de la langue. Délais dans l'opération à cause du peu d'énergie morale du malade ; excision et cautérisation actuelle. Non guérison ; progrès incessants. Mort (1858).

Observation XVI (Robert, clinique de M. le professeur Nélaton). — M..., cordonnier, âgé de 58 ans, n'a jamais été malade et n'a jamais eu d'affection vénérienne. Ses ascendants n'ont eu personne, à sa connaissance, d'affection semblable. *Il fume beaucoup*. Cancer de la langue. Opération. Le malade sort guéri de l'hôpital.

Observation XVII (Robert). — Q..., 56 ans, marin, bonne constitution ; pas de cancers dans la famille ; pas de syphilis ; il fume. Cancer de la langue. Mort. Service de M. le professeur Cloquet).

Observation XVIII (Guillier). — Ch. L..., âgé de 41 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, le 14 février 1881 dans le service de M. le professeur Verneuil.

Interrogé sur les antécédents, il nous apprend qu'il a eu à cinq ans une fièvre muqueuse. Il était sujet aux amygdalites, on lui fit l'ablation des amygdales à l'âge de 14 ans. Pas d'antécédents syphilitiques. C'était un grand fumeur ; il fumait la pipe ; il a cessé depuis huit mois environ.

Cancer de la langue. Opéré par M. Verneuil le malade sort guéri malgré des complications pulmonaires qu'il subit pendant sa convalescence.

L'action irritante du tabac est une cause fréquente du psoriasis, altération désignée encore sous le nom de pla-

ques de fumeurs. Or, le psoriasis est fréquemment le point de départ de l'épithélioma ainsi que l'ont prouvé des observations nombreuses (Trélat, Debove, Lewin, Robert. Weis). U. Trélat, à la Société de Biologie, a montré que les relations entre le psoriasis et l'épithéliome sont tellement intimes qu'il y a nécessité d'opérer certains cas de psoriasis avant même d'avoir la certitude de la transformation en épithélioma, et cette indication thérapeutique est très rationnelle.

Th. Anger (*Du cancer de la langue.* Thèse d'agrégation), traitant de la leucoplasie buccale, psoriasis et plaques des fumeurs, dit à ce sujet : « Je n'en parlerais qu'à propos du diagnostic, si on n'avait considéré ces lésions comme cause prédisposante du cancer. Leur influence est incontestable, et il n'est pas un des savants médecins de Saint-Louis qui n'ait observé dans sa clientèle privée des cancers de la langue survenus chez des individus atteints antérieurement de ces affections. »

« L'influence du tabac et de la pipe a été invoquée dans bon nombre de cas, comme pour le cancroïde des lèvres. Il est assez admissible que la chaleur entretenue dans la bouche par la fumée de tabac et l'irritation de la muqueuse par la fumée ou par le jus, puissent déterminer l'apparition d'un épithélioma, que celui-ci débute d'emblée ou qu'il succède à l'altération désignée sous le nom de plaques des fumeurs. »

Observation XIX (Ozenne). — B... (Jean), 66 ans, employé de commerce, entre le 15 mars 1883, à la Pitié, service de M. Verneuil.

Les antécédents héréditaires sont nuls et les antécédents personnels ne consistent qu'en plusieurs attaques de rhumatisme et une syphilis contractée en 1869. Dès le début, sa syphilis a été traitée et le malade n'a eu qu'une seule fois des accidents secondaires qui ont disparu dès la seconde année.

Puis, depuis 10 ans, presque chaque année, le malade aurait eu sur les bords de la face supérieure de la langue de petites ulcérations qui duraient peu et disparaissaient spontanément. L'usage de la pipe n'était peut-être pas étranger à leur développement.

Au commencement de l'année dernière la langue s'est couverte de plaques blanchâtres et a augmenté de volume : ces plaques n'ont jamais disparu complètement, le volume s'est toujours accru, et il y a deux mois, sur le milieu même de la langue, apparaissait une grosseur analogue à une amande. Quelques élancements ont été les seuls phénomènes douloureux. Le diagnostic porté par Verneuil : est celui d'épithélioma de la langue avec glossite psoriasiforme. Pas d'intervention. Le malade quitte l'hôpital avec un état général de plus en plus mauvais.

Observation XX (Larrieu). — G... (Ferdinand), 67 ans, corroyeur, entre le 8 novembre 1881 dans le service de M. Th. Anger, hôpital Cochin.

C'est un homme grand, assez maigre, présentant une teinte jaune caractéristique. Il entre pour une affection de la langue.

Les antécédents héréditaires ne présentent pas d'importance : son père est mort d'une fluxion de poitrine et sa mère à la suite d'une paralysie. Lui-même s'est toujours bien porté. Ce

malade a été *grand fumeur* ; il fumait la cigarette étant jeune, puis la *pipe à tuyau court* et brûlait un paquet de tabac de cinquante centimes dans une journée. Depuis sa maladie, il fume moins qu'autrefois.

Depuis plus de vingt ans, il a vu se développer sur sa langue des plaques blanches, d'abord disséminées, puis formant un enduit continu. Ces plaques (plaques de fumeurs), d'un blanc grisâtre, s'épaississaient de plus en plus, et de temps en temps, le malade s'amusait à les râcler, enlevant des « peaux blanches » qui se reproduisaient rapidement. Pendant toute cette période il n'accusait aucune douleur et presque pas de gêne.

Ulcération au bout de quelques mois traitée et aggravée par un traitement mercuriel. La tumeur ulcérée s'étend du côté droit depuis la partie médiane de la langue jusqu'à l'amygdale qui est indurée et cancéreuse ; l'amygdale gauche est saine bien que sur le bord gauche de la langue on voit une ulcération semblable à la première, mais plus petite, n'occupant guère que deux centimètres de la base, sous forme de fissure indurée et adhérente. Il existe un engorgement ganglionnaire volumineux des glandes sous-maxillaires des deux côtés.

L'état général est assez mauvais; le malade est considérablement amaigri et cachectique.

M. Th. Anger porte le diagnostic de cancer de la langue développé sur un ancien sporiasis.

Amélioré par la ligature des deux artères linguales, amélioration qui se maintint pendant cinq mois, le malade revint à l'hôpital le 27 mars 1882 et y mourut le 8 avril 1882 dans le marasme.

L'examen de la tumeur confirme le diagnostic d'épithélioma.

PLANCHER DE LA BOUCHE. JOUES. MAXILLAIRES.

Le cancer des fumeurs peut atteindre successivement ou isolément le plancher de la bouche, la joue, les maxillaires.

Le plancher de la bouche est généralement envahi secondairement; il est dû le plus souvent à la propagation d'un cancer de la langue. Il peut cependant être primitif (Obs. XXI). De même, le cancer de la joue, rarement primitif, est presque toujours consécutif à un cancroïde de la lèvre inférieure. Bouisson en a publié sept observations.

Enfin, le cancer des maxillaires, exceptionnel pour le maxillaire supérieur, assez fréquent pour le maxillaire inférieur, est toujours un cancer par propagation. Il peut être envahi secondairement par tous les cancers primitifs de la cavité buccale.

Observation XXI (Guillot). — Le nommé Louis E..., 46 ans, entre le 13 mai 1881, à la Pitié, service de M. le professeur Verneuil. Cet homme, grand fumeur, est de forte constitution.

Epithélioma du plancher de la bouche : la partie droite du plancher de la bouche primitivement cancéreuse est dure et augmentée de volume ; la partie médiane et même une partie du côté gauche sont envahies successivement par la tumeur épithéliale. La langue est intacte, bien que ses mouvements soient un peu limités par l'induration du plancher, et elle ne peut être rejetée au-delà des arcades dentaires.

On trouve à droite par la palpation une chaîne ganglionnaire

le long de la mâchoire du côté droit. Bientôt la tumeur s'ulcère saigne facilement et laisse couler un pus ichoreux. Le malade se cachectise sans qu'il soit possible d'intervenir et bientôt il meurt emporté par des complications pulmonaires.

Observation XXII (Bouisson). — G... (Jacques), ex-militaire, 30 ans (ayant fumé avec excès). Cancer de la joue ; envahissement graduel de la cavité buccale, d'une moitié de la face, des ganglions sous-maxillaires; hémorrhagies répétées qui font succomber le malade (1850).

Observation XXIII (Bouisson). — M. N..., 65 ans, propriétaire à Saint-Girons, Ariège (habitude de fumer la pipe). Cancer de la joue gauche étendu jusqu'aux gencives et à l'os maxillaire ; engorgement ganglionnaire du côté correspondant. Opération impossible. Mort (1852).

Obeervation XXIV (Bouisson). — M. W..., voyageur de commerce, 34 ans, né à Privas, Ardèche (fumeur obstiné). Cancer de l'orifice buccal, des deux commissures, et d'une portion de la joue droite ; engorgement ganglionnaire. N'a pas pu être opéré (1853).

Observation XXV (Bouisson). — R..., commissionnaire à Marseille, 48 ans (fumant presque constamment). Cancer de la face interne de la joue gauche. Engorgement ganglionnaire. Opération impossible (1857).

Observation XXVI (Bouisson). — M. B..., ancien magistral, 58 ans (habitude de fumer). Cancer de la face interne de la joue droite ; engorgement des ganglions sous-maxillaires correspondants. Opération impossible (1857).

Observation XXVII (Bouisson). — J..., ancien militaire, 62 ans, domicilié à Arles. Cancroïde de l'intérieur de la joue provoqué par l'action de fumer presque continuellement ; cancer de la lèvre inférieure ; engorgement des ganglions sous-maxillaires (1858).

Observation XXVIII (Bouisson). — C... (Jacques), 57 ans, de Mérindol, Vaucluse (habitude de fumer). Cancer de la face interne de la joue gauche, étendu au rebord gingival du maxillaire inférieur. Opération consistant en une excision des parties saillantes et accessibles à l'action des ciseaux courbes ; cautérisation avec le fer rouge (1859).

Observation XXIX (Métaxas) (résumée). — Le nommé Desc.. 68 ans, journalier, entre à la Pitié, salle Michon, n° 13, le 14 juin 1883. Ses antécédents personnels ou héréditaires ne présentent rien de particulier. *Il dit avoir toujours beaucoup fumé.*

Epithélioma de la mâchoire inférieure et du plancher buccal. Ablation de la tumeur et résection de la portion correspondante du maxillaire. Anoplastie secondaire. Guérison. Le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique.

Observation XXX (personnelle). — D.. Henri; 59 ans, cultivateur à Fleurbaix (Nord) atteint en 1886 d'un cancroïde de la partie médiane de la lèvre inférieure et fit faire l'ablation. Vers le mois de décembre 1887, le malade fut pris subitement d'une adénite intense, siégeant aux deux régions sous-maxillaires Cette adénite eut une durée de quelques jours à gauche, mais persista à droite et une quinzaine de jours plus tard il se pro-

duisit de l'œdème dans tout le côté droit de la face et bientôt une petite ulcération se fit jour à l'angle de la mâchoire. On fit l'application d'une pommade dont la composition nous est inconnue, mais l'ulcération prit un accroissement considérable et au mois de juillet 1888 toute la moitié inférieure de la face du côté droit n'était qu'un vaste ulcère.

Malgré cet état, le malade, qui n'avait d'ailleurs aucun antécédent morbide ni héréditaire, ni personnel, continua à travailler aux champs. Son appétit était bon, et malgré son infirmité, il *fumait beaucoup*.

Le 5 août, on constate que les bords de l'ulcère sont surélevés tandis que le centre est creusé en godet. Sur tout le pourtour existent de petits abcès qui s'ouvrent spontanément ; sous la partie médiane de la mâchoire, il existe aussi un abcès qui a fait décoller la peau sur une assez grande étendue. Au centre de l'ulcère se trouvent des bourgeons épithéliomateux, l'un d'eux entre autres a une consistance dure, élastique.

Pendant tout le courant du mois d'août, le malade dut tenir le lit, mais il pouvait facilement se lever pour faire les pansements qui consistaient en lavages au sublimé à 1/1000 et application d'ouate trempée dans la même solution.

L'état du malade empira peu à peu, et vers la fin du mois d'août, il se fit dans les anfractuosités de la tumeur de petites perforations qui donnaient issue à un liquide que le malade avalait continuellement.

Le 2 septembre le malade mourait dans un état cachectique très avancé.

PHARYNX. — AMYGDALE. — FOSSES NASALES.

E.-F. Bouisson (1) connaît l'existence du cancer intra-buccal chez les fumeurs ; mais il n'en pouvait pas apprécier toute l'origine.

« Le cancer buccal n'affecte pas d'une manière exclusive la lèvre inférieure, dans le point en contact avec le tuyau de la pipe ou le bout du cigare ; l'action irritante de la fumée, qui est le véhicule de la nicotine, s'exerce sur une surface plus étendue ; et le mal peut se développer, quoique moins fréquemment, dans d'autres points du contour de l'ouverture buccale. Il ne respecte, ni la cavité de ce nom, ni les organes qu'elle contient ; la langue, les joues, les gencives, le voile du palais, les amygdales, sont des organes sujets au cancer épithélial chez les fumeurs ; et la fréquence de cette affection, surtout en tant qu'elle envahit la langue et les joues, est beaucoup plus commune qu'on le croit généralement » (p. 270). Bouisson insiste ensuite sur les angines tabagiques banales, il écrit l'inanité des traitements ordinaires et l'efficacité de la suppression de l'élément étiologique.

« L'influence irritante de la fumée de tabac sur la muqueuse pharyngienne est un fait avéré pour tout chirurgien qui se donne la peine d'examiner ces organes. Beaucoup d'angines érythémateuses ou granuleuses, dont on recherche laborieusement le mode producteur, ne reconnaissent pas d'autre cause, et il suffit de conseiller aux

1. Bouisson. *Tribut à la chirurgie*, page 270.

malades de faire trève à leur habitude, pour voir s'amender ou disparaître des irritations que les émollients et les révulsifs, les cautérisations, les gargarismes de toute espèce, sans compter les traitements spécifiques, n'avaient pu atténuer. »

Il y revient plus loin. « Le contact de la fumée de tabac sur les surfaces muqueuses, en excitant toutes les sécrétions et en augmentant la production épithéliale, peut, dit-il, être considéré chez les sujets prédisposés comme une des causes provocatrices les plus actives du cancer buccal. Mais la même substance peut, sous d'autres formes, produire les mêmes effets. Le tabac à mâcher et le tabac à priser sont loin d'être sans reproche. Déjà Perey .... attribuait le squirrhe de l'estomac à l'ingestion des sucs salivaires chargés des principes du tabac et allant porter l'action de cette substance jusque dans les organes digestifs .... »

Ailleurs, Bouisson admet l'action anologue du tabac à priser. « Certains cancers du pharynx ou de la face postérieure du voile du palais ne reconnaissent pas d'autre cause que le contact du mucus nasal, devenu le véhicule habituel du suc de tabac et instillé dans l'arrière-bouche, par l'effet du décubitus dorsal ou par l'entraînement de la colonne d'air pendant l'inspiration. Bouisson a recueilli deux exemples de cancer pharyngien, où cette cause locale avait évidemment joué le principal rôle ; et un confrère de Lyon lui a communiqué un exemple de cancer staphylin, où la lésion était imputée au contact habituel du tabac, reniflé avec assez de force pour être attiré dans l'arrière-bouche. » (p. 271.)

Observation XXXI (Bouisson). — M. D..., propriétaire à Avignon, 44 ans (fumeur). — Ulcère cancéreux de l'amygdale droite et de la portion attenante du voile du palais. Cautérisation par le fer rouge ; guérison temporaire (1853).

Observation XXXII (Bouisson). — M... (Prosper), employé dans les forges de Bességes (Gard), 44 ans. Induration hypertrophique des amygdales, produite par l'habitude de fumer. Section d'une glande avec le bistouri boutonné et de l'autre avec le sécateur de Fahnestock ; l'une des glandes présente l'aspect cancroïde (1856).

Observation XXXIII (Bouisson). — C..., propriétaire, 72 ans, né à Cournonterral (Hérault), ancien militaire (ayant l'habitude de fumer avec excès). — Cancer des amygdales. Opération impossible. Mort (1857).

Observation XXXIV (Bouisson). — M. N..., ancien militaire, domicilié à Beaucaire (Gard), 48 ans (habitude de fumer avec excès). Cancer de l'amygdale droite et du voile du palais ; engorgement ganglionnaire consécutif. Opération impossible (1857).

Observation XXXV (Bouisson). — B..., de Pia (Pyrénées-Orientales), 42 ans (habitude de fumer excessivement). Ulcère cancéreux à bords indurés atteignant à la fois la base de la langue, les piliers et le voile du palais, ainsi que l'amygdale droite. Opération impossible (1858).

Observation XXXVI (Résumée. In mémoire de Castex). — X..., 38 ans. Antécédents héréditaires et personnels bons. *Grand*

fumeur. Epithéliome primitif de l'amygdale gauche. Tumeur ganglionnaire empiétant plutôt sur la région parotidienne que sur la région sous-maxillaire. Etat général très affaibli.

Observation XXXVII (Résumée. In mémoire de Castex). — X..., 51 ans, camionneur, entre à l'hôpital Saint-Louis au mois de novembre 1883. Pas d'antécédents morbides dans sa famille. *Grand fumeur*. Epithélioma primitif de l'amygdale gauche, avec extension secondaire au pilier antérieur et au voile du palais. Etat général très mauvais.

Observation XXXVII (Guermonprez). — M... est âgé de 73 ans 1/2. Il est entré à l'hôpital d'Ohain depuis deux mois parce qu'il souffre du nez et de la gorge ; mais il s'observe très mal. Il a passé toute sa vie comme ouvrier de filature ; et, depuis près de vingt ans, il ne fait plus autre chose que des commissions dans les villages de la région de Fourmies. Il fume la pipe et se sert indifféremment de tabac de la régie et de tabacs de contrebande, dont plusieurs sortes lui semblent être des tabacs « forts ». Avant l'âge de 50 ans, il avait perdu toutes ses dents; mais il n'a jamais cessé de tenir sa pipe à la bouche, sans y maintenir la main. Il se sert de pipes de terre et ne comprend pas que la main puisse intervenir pour soutenir la pipe.

Il ne se souvient pas si le début de sa maladie du nez et de la gorge remonte à six, neuf ou quinze mois. En décembre 1895, sa voix nasonna fortement ; il entend mal de l'oreille droite et sa respiration est très gênée par l'arrière du côté droit de son nez. Il ne souffre pas ; mais il demande à être débarrassé de ce qui encombre sa gorge et l'arrière-cavité des

fosses nasales. Lorsqu'on examine la région, on n'éprouve pas tout d'abord de grandes difficultés, parce que le malade ouvre assez largement la bouche. On découvre une tumeur du volume d'un œuf de poule occupant tout le côté droit du pharynx et situé derrière le voile du palais. Le côté droit du voile du palais est refoulé en bas et en avant; le pilier antérieur droit est repoussé en avant et surtout élargi, comme étalé ; le côté droit de la base de la langue est abaissé. Toutes ces parties ont conservé leur couleur normale; elles ne présentent ni infiltration, ni vascularisation, ni aucune autre altération de tissu, de sorte qu'il est permis de penser que toute la région est refoulée d'arrière en avant, comme s'il s'agissait de polype fibreux naso-pharyngien. Cependant la luette n'est plus tout à fait normale; sa base est un peu élargie; elle demeure plissée transversalement ; et, tandis que son sommet se trouve ballotté par la fonction respiratoire, sa base semble demeurer très adhérente à des tissus sous-jacents. Quand on abaisse doucement la base de la langue, on croit apercevoir un ulcère cratériforme de l'amygdale du côté droit. Si à cette manœuvre on combine le soulèvement de la portion libre de la luette au moyen d'un petit écarteur à trachéotomie, alors le doute n'existe plus, on reconnaît une vaste plaie cavitaire, anfractueuse, grisâtre, avec quelques taches blanchâtres disséminées sur des portions devenues rigides, au lieu de subir les multiples et incessants mouvements de la région. L'aspect d'épithélioma ulcéré présente tous ses caractères vulgaires. L'exploration par le toucher permet de reconnaître que la langue n'est pas intéressée et que le volume de la tumeur est plus important au-dessus qu'au-dessous du voile du palais. Par ailleurs il y a au moins trois ganglions tuméfiés au niveau de la bifurcation de la caro-

tide : le volume de chacun est celui d'une aveline. L'état général est relativement bon pour un vieillard de 73 ans 1/2.

Quand on le prie de mettre sa pipe à la bouche de la même façon qu'il le fait habituellement, on remarque d'abord que c'est bien du côté droit qu'il l'introduit. On observe ensuite que les rebords alvéolaires sont extrêmement atrophiés, tant à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure, ce qui explique l'introduction de la pointe de la langue entre les deux mâchoires, de sorte que le tube de la pipe passe entre le bord de la mâchoire supérieure, d'une part, la face dorsale de la langue, d'autre part. Si on examine de plus près les détails, on reconnaît que le trajet du tuyau de pipe est marqué sur toute la longueur de la portion horizontale de la langue : on y voit, en effet, deux raies d'un brun-noirâtre correspondant aux deux bords du sillon fourni à la tige de terre, et qui contrastent avec la couleur régulière de tout le reste de l'organe. Or, l'espace compris entre ces deux raies suit bien une direction rectiligne et conduit exactement au centre de l'ulcère néoplasique du côté droit du pharynx.

L'action directe de la fumée de la pipe est donc démontrée, non-seulement par le geste du malade, mais encore par les empreintes marquées sur sa langue elle-même.

L'interprétation de M. Guermonprez se trouve singulièrement confirmée, quand on observe le mode d'évolution du *cancer amygdalien des fumeurs*. Sans doute le néoplasme se propage dans toutes les directions ; mais il faut bien le remarquer elle ne se fait pas partout avec la même rapidité. L'envahissement est particulièrement

rapide et intense là où s'exerce l'action irritative du bout de la pipe. Il arrive un moment où le fumeur ne peut plus enfoncer la pipe jusqu'au voisinage de l'amygdale, parce qu'il s'exposerait ainsi à heurter le cancer lui-même. C'est alors qu'il maintient l'instrument à un centimètre en avant. Cette façon de reporter l'action irritative en un point qui est toujours le même, a pour conséquence une propagation plus intense presque localisée du cancer des fumeurs. L'observation suivante en est bien la preuve, d'autant plus authentique que la date a, de douze ans, précédé la théorie.

Observation XXXIX (Résumée) (In mémoire de Castex). — X..., mécanicien, entre dans le service de M. B. Anger, à Lariboisière en avril 1884, *Grand fumeur*. Epithélioma primitif de l'amygdale droite ; la langue et le voile du palais commencent à être envahis secondairement. Masse ganglionnaire ferme, du volume d'une mandarine. Etat général satisfaisant, douleurs vives ; déglutition pénible.

INFLUENCE DE LA CHALEUR ET DE L'INSTRUMENT.

« On peut se demander si les fumeurs atteints de cancer doivent cette maladie exclusivement à l'action du tabac et de la nicotine qu'il contient, ou si les circonstances accessoires de l'emploi de cette substance favorisent le développement de cette maladie. L'expérience apporte un élément à la solution de cette question. Les individus qui fument la pipe à tube court, que l'énergie

du langage populaire a qualifié du nom de *brûle-gueule*, sont plus souvent affectés d'épithélioma labial que ceux qui fument les longues pipes en terre ou les pipes pourvues d'un conduit à la fois allongé et composé de substances non conductrices du calorique (ambre). Il y a donc lieu de présumer que la chaleur transmise au tuyau dans sa partie la plus rapprochée de la pipe, ou celle que présente le cigare que l'on consomme jusqu'au bout, agissent pour produire l'irritation locale, dont la réitération ou la continuité excitent le tissu de la lèvre, accroissent et plus tard pervertissent la sécrétion épithéliale. Les Orientaux, qui fument le narghilé, semblent avoir pressenti les inconvénients de la chaleur locale : la fumée, partant du fourneau où brûle leur tabac, s'élimine par un long tuyau traversant de l'eau parfumée, où elle se refroidit ; et peut-être doivent-ils à cette précaution d'être moins sujets au cancer buccal, malgré tout le temps qu'ils passent à se narcotiser. La pipe de nos fumeurs vulgaires, agissant dans de tout autres conditions, expose évidemment les tissus qu'elle touche à une élévation locale de température propre à épaissir la couche épithéliale des lèvres, de même que le contact des corps échauffés accroît la sécrétion épidermique des mains chez les sujets qui exercent certaines professions » (pp. 268, 269).

Après avoir ainsi nettement décrit l'influence irritative locale de la chaleur prolongée du tuyau de pipe courte, E.-F. Bouisson ajoute une interprétation : « La nature défend, pour ainsi dire, le tissu labial par une sécrétion plus active de la matière épidermique, qui forme d'abord

un revêtement épais ; mais, plus tard, cette couche épidermique surajoutée dégénère, infiltre les tissus voisins et forme des tumeurs qui suivent une marche fâcheuse » (p. 269). M. Guermonprez n'accepte pas toute cette interprétation. Pour lui la comparaison de tous les épaississements d'épiderme à la formation des durillons est un rapprochement déjà contestable ; il n'est pas possible d'assimiler un papillôme à une callosité professionnelle. Il est encore bien moins possible de suivre le chirurgien Montpélièrain, lorsqu'il admet *la dégénérescence* de la couche épidermique surajoutée pour interpréter l'infiltration ultérieure des tissus voisins et la genèse des tumeurs malignes, qui les suivent. Nous avons exposé plus haut quelles sont les données actuellement fournies par l'anatomie pathologique et la bactériologie (chapitres I et II), nous n'y insisterons pas davantage.

Mieux vaut prouver par des faits l'importante action de la chaleur et de la brièveté de la pipe.

Observation XL (Ozenne). — B..., Lambert, 54 ans, tourneur, entre le 10 juillet 1883, à la Pitié, service de M. Verneuil.

Aucun antécédent héréditaire. Père et mère morts de vieillesse. Plusieurs frères et sœurs bien portants.

Le malade a toujours fumé jusqu'à ces derniers temps et *s'est servi de pipe à court tuyau.* Epithélioma de la langue et du plancher de la bouche : l'extension de la maladie aux quatre régions linguale, buccale, sous-maxillaire et carotidienne, contre-indique toute opération. Mort.

Observation XLI (Personnelle). — A. B..., né à Lestrem (P. de C.), cultivateur à Gonnehem, était porteur à l'âge de

64 ans d'un petit bouton indolore du volume d'un pois, situé au niveau du bord gauche de la lèvre inférieure, *point où reposait habituellement la pipe de cet homme, grand fumeur*. L'ablation de ce cancroïde fut faite sous chloroformisation par M. Croquizon, médecin à Allouagne (Pas-de-Calais). Huit ans après, ce vieillard vit réapparaître au même endroit une tumeur de même volume qui fut extirpée en 1892.

En mai 1893 une nouvelle tumeur, petite, apparaît dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane ; elle était alors mobile et glissait sous la peau qui, à cette époque, avait encore son aspect normal. Deux mois après la tumeur, qui se développait lentement mais d'une façon ininterrompue, avait acquis le volume d'un œuf de pigeon : le malade dit très bien que sa consistance était ferme et qu'elle avait perdu toute sa mobilité ; la peau commençait à rougir et à prendre une teinte violacée surtout nette depuis quinze jours. Jamais de douleurs bien vives à signaler pendant la durée du développement de l'affection ; le malade accuse simplement quelques douleurs le soir sous forme de piqûres. L'accroissement progressif de la tumeur le décide cependant à avoir recours à une nouvelle intervention.

Le 14 septembre 1893 le malade entre dans le service de M. Duret alors suppléé par M. Guermonprez. L'examen fait découvrir dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane une masse lisse, régulière, presque sphérique, du volume d'un œuf de poule : Sa coloration est rouge violacée et sa consistance généralement ferme, bien qu'on sente au pôle inférieur de cette masse une certaine mollesse annonçant une ulcération prochaine. La peau rouge violacée fait corps avec la tumeur qui semble aussi adhérer aux parties profondes : Mais un palper

attentif démontre qu'elle n'adhère pas à l'os maxillaire inférieur car on peut lui imprimer un léger mouvement de translation.

En raison des antécédents, du siège et de la marche de la maladie, le diagnostic d'épithélioma récidivé ne paraît pas douteux.

M. Guermonprez décide l'opération immédiate. Le malade étant endormi, le chirurgien fait au bistouri une incision circulaire de la peau circonscrivant la tumeur; puis, après avoir assuré l'hémostase à l'aide de quelques pinces à forcipressure il fait basculer la tumeur qui laisse voir alors immédiatement au-dessus d'elle les deux génio-hyoïdiens. L'extirpation est faite le plus profondément et le plus largement possible : tous les débris d'aspect cancéreux sont enlevés avec soin. Enfin pour combler le vide laissé par cette ablation, le chirurgien rapproche facilement les portions inférieures des lèvres de la plaie ; mais les portions supérieures, au niveau de la symphise mentonnière, présente plus de difficulté : la peau est en effet dure et peu mobile à ce niveau, et l'on est obligé de la détacher au bistouri avant de la suturer au crin de Florence. Enfin on recouvre le tout d'un pansement antiseptique.

Observation XLII (Robert). — B..., cordonnier, 59 ans. Il fume depuis l'âge de 19 ans ; se sert quelquefois de brûle-gueule ; il porte habituellement *sa pipe du côté gauche* ; elle touche rarement la langue. Sa mère est morte à 33 ans d'un cancer du sein.

Cancer de la langue ayant débuté au-dessous de la langue à *gauche* du frein et ayant envahi peu à peu tout le côté droit de la langue. Opération par excision (Cloquet). Guérison provisoire probable.

Observation XLIII (Clinique de M. Larrey, observation recueillie par le Dr Martin). — G..., lieutenant-colonel au... régiment de ligne, âgé de 44 ans et d'une consitution robuste, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce dans les premiers jours de février 1856, pour une affection de la langue qui, par les progrès qu'elle faisait, commençait à l'inquiéter.

Il fallait remonter aux antécédents : avant tout n'oublions pas de dire que M. G... a toujours beaucoup fumé ; *il tenait sa pipe du côté droit* et le tuyau portait sur l'une des grosses molaires qui avait fini par s'user et s'altérer au point que l'extraction en était devenue nécessaire.

Cancer du bord *droit* de la langue. Pas d'opération. Mort. Le diagnostic est confirmé par l'examen microscopique.

Observation XLIV (personnelle). — X..., colonel d'infanterie ami de ma famille, a toujours joui d'une parfaite santé. *Pas d'antécédents héréditaires*. Il avait l'habitude de fumer dans des petites pipes en terre très courtes et, bien qu'un docteur en médecine de ses amis l'eût prévenu du danger qu'il courait en fumant de cette manière, il ne voulût pas changer son modèle de pipe. En 1893, sur le bord de la langue *du côté où il tenait habituellement sa pipe*, apparut un épithélioma dont l'ablation fut pratiquée au Val-de-Grâce. Après trois récidives suivies de trois interventions sans résultat, son mal devint inopérable et il succomba au début de 1896 à l'âge de 61 ans.

Observation XLV (personnelle). — Le 5 décembre 1893, se présente à l'hôpital de la Charité, le nommé Henri B..., âgé de 63 ans, pour se faire opérer d'une tumeur qu'il porte à la *commissure droite* des lèvres.

Le sujet nous apprend, qu'il fume de 30 à 35 pipes par jour, à peu près régulièrement, que la pipe dont il se sert est en terre et courte.

Plusieurs fois déjà, il s'est aperçu que vers la commissure *droite* des lèvres, s'étaient formés de petits boutons ; il n'y attacha aucune importance et se contenta de porter la pipe du côté gauche. Ces boutons ont disparu assez rapidement. Vers le mois de juillet, une tumeur de même nature que les premières, nous assure le sujet, est apparue à un centimètre environ de la *commissure droite*, s'est un peu développée, puis a cessé de s'accroître, tandis qu'à la commissure même s'en était formée une seconde qui évolua plus rapidement que la précédente. *Le malade avait repris l'habitude de tenir sa pipe à droite.*

A l'examen, on trouve à la commissure droite des lèvres une tumeur de la grosseur d'une petite noix, ayant environ 3 centimètres dans tous les sens : elle est dure, résistante au palper, et on constate que la peau fait corps avec la tumeur. Les tissus voisins ont conservé leur aspect normal, ainsi que leur consistance.

Si l'on fait ouvrir la bouche, on observe à la commissure un ulcère très fin, sensible, saignant par suite de la tension de la muqueuse.

Sur le bord de la lèvre inférieure, à un centimètre de la tumeur, s'observe une induration beaucoup plus petite, presque confondue avec les tissus. C'est la tumeur qui se montra la première.

On n'observe pas de dégénérescence ganglionnaire apparente dans la région sous-maxillaire.

M. le professeur Duret porte le diagnostic d'épithélioma de lèvre et décide l'ablation de la tumeur.

Une première incision menée du menton, le long du bord inférieur du maxillaire jusque vers la branche montante, permet d'enlever quelques petits ganglions de la région sous-maxillaire; puis, montant suivant une direction oblique, l'incision est menée au voisinage de la tumeur. L'état des tissus étant reconnu et le cancroïde nettement délimité, le chirurgien enlève avec les ciseaux une portion triangulaire de la joue comprenant à la fois les deux ulcérations. Rapprochant ensuite les lèvres de la plaie, il constate que l'orifice buccal n'est pas trop rétréci et permet la réunion par première intention. Un débridement pratiqué à quelques centimètres au-dessus de la lèvre supérieure facilite ce dernier temps opératoire.

Les suites opératoires furent excellentes et le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Il est donc manifeste que les fumeurs localisent leur néoplasme sur le point précis de la lèvre qui supporte le poids de la pipe. On vient de le voir. Un fumeur peut transposer son cancer d'un point à un autre par l'habitude qu'il prend de changer le côté où il fume. Il faut cependant bien le reconnaître, ce point de la question n'est pas à l'abri de la controverse.

M. Lortet objecte les cancers buccaux chez les femmes ou du moins chez les personnes qui ne fument pas : « Malheureusement, écrit-il, il n'y a qu'une chose à dire, c'est que l'éminent professeur de Montpellier ne nous montre que la face de la médaille, il en cache soigneusement le revers. Dans son mémoire il n'est pas dit un mot des malades qui ne fument pas. Or, à notre avis, il est aussi logique de dire : Voici cent

fièvres typhoïdes affectant des sujets tous vaccinés, donc la vaccine cause la fièvre typhoïde ! »

« Ce qu'il y a de certain, c'est qu'un grand nombre de malades atteints de cancroïde aux lèvres ne fument pas ou fument si rarement qu'on ne peut attribuer leur mal à cet usage. Ainsi Bardeleben dit que sur la côte de Greifswalde (Poméranie), il a opéré plusieurs malades qui ne fumaient pas. M. Fleury, professeur à l'école de Clermont, « affirme avoir opéré un grand nombre de cancers des lèvres chez des campagnards habitant des contrées où jusqu'à présent le tabac est à peu près inconnu ». (Heurtaux). M. de Bruns dit que sur 55 opérés, à peine 10 fumaient habituellement. Dans ce nombre, se trouvait un malade portant une tumeur cancéreuse à la commissure gauche, et qui affirmait avoir toujours tenu sa pipe du côté droit et jamais du côté malade. A l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous avons toujours trouvé autant de malades qui ne fumaient pas que de fumeurs, et encore parmi ceux-ci un grand nombre présentaient la tumeur du côté où ils ne tenaient pas la pipe (1). »

Ces faits, nous dit M. Guermonprez, sont, en effet, réels ; mais leur extrême rareté n'est certes pas contestable. Ils prouvent bien que l'irritation tabagique n'est pas la seule influence possible pour déterminer la localisation du cancer. Cette réserve est bonne à répéter, parce qu'elle est la véritable, celle qui s'écarte des généralisations injustes, et des exagérations mensongères ; mais il faut se garder de présenter cette constatation du cancer

1. Lortet. Th. doc. Paris, 1861-p. 53.

buccal des personnes qui ne fument pas comme une trouvaille d'actualité. Il y a, dans Celse et dans Franco, quelques traces historiques de l'opération de la cheiloplastie, qui laisse bien supposer l'extirpation préalable du cancer de la lèvre (Bouisson en a fait la remarque; p. 264), alors que l'importation faite en Europe par Nicot date de 1560, à son retour de l'île de Tabago, aux Antilles.

D'ailleurs M. Lortet qui conteste l'importance de l'étiologie tabagique dans le cancer des fumeurs apporte à l'appui de la discussion des arguments qu'il est bon de reproduire ici :

« Une autre circonstance à noter, écrit-il, c'est qu'en Orient et en Afrique, où tout le monde, hommes et femmes, a constamment la pipe à la bouche, on ne trouve pas le cancer labial. Il est vrai que dans ces pays favorisés, le *brûle-gueule* et *l'âcre caporal* sont remplacés par le *narghilé à bout d'ambre et le tabac à la rose* (1) ! »

On ne peut pas mieux dire de quelle importance est la part étiologique de la pipe et aussi celle de la nature du tabac. Sur ce point du moins les adversaires et les partisans du cancer des fumeurs se trouvent donc d'accord.

Il faut d'ailleurs bien le reconnaître, les causes que nous étudions ici ne sont pas les seules, elles ne sont même pas les plus importantes. Si les Arabes ne se transmettent pas le cancer des lèvres, c'est parce qu'il leur manque la matière première : Ils n'ont pas de cancer des lèvres.— Ce n'est pas tout, dans les pays où le cancer

1. Lortet Th. doct., Paris, 1861, p. 54.

existe et se montre même fréquent, il faut encore tenir compte de la transmission du néoplasme même entre les fumeurs ; on en trouvera la preuve plus loin.

INFLUENCE DU TABAC

« Il serait hors de propos, écrit Bouisson, de reproduire pour nos lecteurs la description du tabac au point de vue botanique et chimique. Il nous suffira de rappeler que cette plante, remarquée par les Espagnols dans l'île de Tabago aux Antilles, et introduite en Europe en 1560 par Nicot, est connue sous les noms de *Nicotiana tabacum*, expressions qui désignent à la fois son origine et son importation ; qu'elle appartient à la famille des *solanées* ; que, d'un emploi très restreint en thérapeutique, elle est en revanche très répandue pour un usage frivole, et que dans ce dernier but les feuilles de la plante sont soumises à une préparation spéciale. Cette préparation, consistant principalement à les arroser avec de l'eau salée et de la mélasse, a pour résultat de provoquer une fermentation pendant laquelle se produit de l'ammoniaque ; l'alcali met en liberté la nicotine, ou principe actif du tabac, qui lui doit ses propriétés irritantes, son odeur âcre et sternutatoire ; enfin, cette nicotine isolée et à l'état de pureté devient une substance toxique des plus dangereuses. Ajoutons que la nicotine varie en proportion suivant les lieux où l'on récolte le tabac, circonstance qui introduit un notable changement dans ses effets aussi bien que dans le choix qu'en font les fu-

meurs. On retire des tabacs préparés et desséchés provenant de la Havane, deux pour cent de nicotine, une qualité analogue de ceux de Maryland ou de Virginie, trois pour cent des tabacs d'Alsace, six pour cent de ceux du Nord, huit pour cent pour ceux du Lot, et une quantité analogue des tabacs d'Algérie, qui commencent aujourd'hui à se répandre hors de la colonie. Nul doute que ces variations n'influent sur les effets du tabac. Si l'on remarque que les produits les moins chers sont aussi les plus irritants, qu'une intention d'économie poussent ceux qui en usent beaucoup à rechercher les tabacs de qualité inférieure très chargés de principe âcre, on retrouvera sans doute dans ce fait une circonstance à laquelle il sera rationnel d'attribuer un rôle étiologique » (1).

Aussi E. F. Bouisson incrimine le tabac lui-même. « Si l'invitation provoquée par la chaleur locale sur la substance des lèvres peut être rationnellement admise comme cause de la lésion qui s'y développe, il n'en est pas moins certain que le tabac lui-même ne saurait être exonéré d'une influence irritante et qu'il suffit seul à produire le cancer buccal. L'imprégnation de la matière empyreumatique qui brunit le culot et le tuyau de ces pipes, si recherchées des émérites de l'art du fumeur, ajoute une nouvelle cause d'irritation et concourt directement à la provocation de l'épithélioma.

« Cette influence est d'autant plus acceptable, que l'analyse chimique a démontré une énorme proportion de nicotine dans le dépôt qui séjourne au fond des vieilles

1. Bouisson. *Tribut à la chirurgie*, tome II, p. 262.

pipes. Melsens l'a signalé dans les produits condensés de la fumée de tabac. Quand on fume dans des pipes allemandes, d'après Gerhardt, il s'accumule au fond des pompes, dont elles sont munies, un liquide brunâtre, d'une saveur fort âcre, d'une odeur empyreumatique repoussante au plus haut degré. (*Traité de chimie organique,* IV, 186). Ce liquide est extrêmement vénéneux et renferme beaucoup de nicotine. Quelques gouttes versées dans le bec d'un oiseau le frappent d'une mort instantanée, (pp. 269. 270). »

Les tabacs inférieurs, ceux que l'on trouve plus particulièrement dans les zônes frontières, sont plus pernicieux, car ils n'ont pas subi toutes les manipulations nécessaires à son entière purification. Pour aboutir à une vente à un prix relativement minime, les manufactures de tabac trouvent naturel de lui attribuer un moindre travail.

Le tabac, *dit de planteur*, est encore plus dangereux : celui-là n'a subi presque aucune préparation. Les fumeurs qui en usent, se contentent de hacher en morceaux plus ou moins fins des feuilles de tabac qu'ils ont récoltées et qu'ils ont fait sécher. On comprendra aisément l'action des plus irritatives de ce tabac, saturé de nicotine, dont la force et l'âcreté sont telles qu'une seule pipe bourrée de planteur suffit à incommoder des fumeurs endurcis et laisse dans la bouche une sensation de brûlure qui persiste pendant un temps assez long. Nous pourrions en dire autant de certains tabacs belges de qualité inférieure vendus à un prix dérisoire comparativement au tabac français même de zône frontière.

Dans le département du Nord et en particulier du côté de la frontière Franco-Belge, tous les ouvriers et habitants peu fortunés (et ils sont très nombreux), ne fument que du mauvais tabac de contrebande; aussi les cancers des fumeurs y sont-ils extrêmement fréquents.

Observation XLVI (Guermonprez). — H. D... 68 ans, petit cultivateur à Doulieu, près d'Estaires (Nord). C'est un veuf sans enfants, qui fume environ deux ou trois hectos par semaine c'est toujours du tabac de la qualité la plus inférieure et dans lequel se trouve, de temps en temps, mêlé du tabac de contrebande. Il se sert toujours d'une pipe courte, qu'il fume jusqu'au fond. Il ne garantit pas sa pipe en terre par un bout de fil et chauffe d'autant sa lèvre en contact direct avec le tube chaud. On voit qu'il va jusqu à introduire le jus de pipe dans la bouche, puisqu'il y a de la matière colorante sur le pourtour du pertuis buccal de l'embout de la pipe. C'est un homme qui va rarement à l'estaminet et qui, dans ces circonstances, choisit toujours le plus modeste.

Quand on examine le papillome en transformation épithéliomateuse, on reconnaît que la tumeur est à peu près discoïde, présente un diamètre de 12 à 15 millimètres et a son centre exactement en face d'un orifice parfaitement circulaire qui est la conséquence de l'érosion des quatre dents incisives du côté gauche. Lorsque le fumeur place sa pipe selon son habitude, il est facile de se rendre compte, tandis que l'explorateur soutient le pot de la pipe: 1° que c'est bien le poids de l'instrument qui détermine la localisation du cancer; 2° que c'est bien dans l'orifice constitué par les érosions des dents que cet homme place et retient le tuyau de sa pipe.

Epithélioma du milieu de la lèvre inférieure. Début apprécié en avril 1896 par M. le Dr Delbecq, d'Estaires.

10 novembre 1896. — Ablation de la tumeur par excision.

18 novembre. — Les quatre points de suture sont enlevés : la réunion est obtenue.

Observation XLVII (personnelle). — B..., jardinier, 73 ans. Pas d'antécédents héréditaires. C'est un fumeur modéré ; mais il ne consomme que du tabac belge, de mauvaise qualité, très âcre et très fort, qu'il fume dans des pipes en terre, très courtes.

Le malade entre à l'hôpital de la Providence de Bailleul (Nord) en février 1894, et il nous raconte que depuis plusieurs mois il est porteur d'une tumeur de la lèvre qui a débuté par un bouton un peu dur, bien limité. Ce bouton s'est ulcéré rapidement et les sécrétions de l'ulcère en se desséchant formaient croûte. La croûte se détachait ou bien était arrachée par le malade, laissant une surface d'un rouge vif, granuleuse et saignante ; une croûte se formait de nouveau et ainsi de suite. La tumeur s'étendant, le malade se décida à demander le secours du chirurgien et se rendit à l'hôpital.

A l'examen on constate une tumeur du volume d'un haricot occupant tout le bord libre de la moitié gauche de la lèvre inférieure (*côté où le malade tenait sa pipe*), faisant saillie au-dessus du niveau de la lèvre ; sa surface est rugueuse, inégale, mamelonnée, d'aspect mural.

Les ganglions sous-maxillaires sont intacts.

L'ablation de la tumeur ayant été décidée, M. le Dr R. Cortyl procède à son extirpation. La lèvre étant préalablement bien tendue par un aide qui comprime en même temps les coronaires

au niveau des commissures, le chirurgien circonscrit la tumeur par deux incisions latérales; les deux lèvres de la plaie sont ensuite rapprochées et réunies par première intention. Quelques jours après le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Depuis il ne fume plus et actuellement (décembre 1896) c'est à grand peine que l'on aperçoit les traces d'une opération. Pas de récidive.

Observation XLVIII (personnelle). — Louis B..., charcutier et cabaretier à Calecanes (frontière Franco-Belge), est un vieillard de 71 ans, de forte constitution, n'ayant jamais été malade et ne présentant aucune tare héréditaire. Grand fumeur, il se plaît à fumer du « tabac de planteur », tabac non purifié, n'ayant subi aucune préparation capable de diminuer la proportion de nicotine, et d'une force telle que la plupart des fumeurs, même les plus réfractaires à l'action tabagique, ne peuvent en fumer la valeur d'une ou deux pipes sans en être fortement incommodés, à moins bien entendu qu'ils ne soient accoutumés à user de ce tabac. De plus, cet homme ne se sert que de pipes en terre, très courtes, non garnies à leur extrémité de fil ou de caoutchouc destinés à isoler le tuyau toujours chaud de la lèvre qui supporte la pipe. Enfin, débitant de boissons les plus modestes, dans un pays où les fumeurs cancéreux abondent, recevant chez lui des consommateurs atteints de cancroïdes, il se trouvait, il me semble, dans les meilleures conditions étiologiques pour devenir lui-même un cancéreux (1).

En 1890, en effet, Louis B... s'aperçut qu'il était porteur d'un

1. Les détails, donnés par le malade, ont été vérifiés, car je suis allé moi-même à Calecanes me rendre compte de ces faits.

petit bouton dur, au niveau du bord gauche de la lèvre inférieure. Grâce aux exemples qu'il avait eu et avait encore autour de lui, il ne douta pas un seul instant de la nature de son mal et de suite il partit consulter une femme empirique qui avait la réputation d'améliorer et même de guérir les cancers des fumeurs. Celle-ci commença par des cautérisations au nitrate d'argent qui ne donnèrent aucun résultat. Le mal grandissant elle tenta alors l'action de caustiques plus profonds qui occasionnèrent un érysipèle. Cette complication nécessita les soins d'un médecin qui, l'érysipèle guéri, l'adressa à Lille à M. le Dr Duret. Celui-ci le fit entrer dans son service à la Charité dans le but d'une intervention chirurgicale.

A ce moment (octobre 1891), le malade présentait un énorme épithélioma ayant envahi les deux tiers de la portion libre de la lèvre inférieure du côté gauche. Des parties sphacélées se détachaient de la tumeur, produisant une perte de substance telle qu'on pourrait voir les incisives gauches à découvert. La salive, difficilement retenue, s'écoulait incessamment par la bouche, entraînant avec elle le pus sanieux sécrété par la surface ulcérée. Rien du côté du maxillaire, pas de ganglions atteints.

Le malade étant endormi, M. le professeur Duret circonscrit la tumeur par deux incisions latérales : une troisième incision horizontale réunissant les deux premières permet d'énucléer rapidement la tumeur tout entière. Afin de boucher immédiatement la large brèche ainsi produite, le chirurgien emploie le procédé d'autoplastie de Chopart. Il fait partir de chaque angle de la plaie une incision verticale allant jusqu'à l'os hyoïde, dissèque ce vaste lambeau carré, le relève jusqu'à ce que son

bord supérieur réponde aux commissures et le suture dans cette position.

Le résultat de l'opération fut très satisfaisant et le malade partit guéri au bout de quelques jours.

Décembre 1896. — J'ai revu le malade qui a actuellement 76 ans et continue à jouir d'une parfaite santé. Pas de récidive depuis son opération qui date de cinq ans et cependant le malade n'a pas cessé depuis de fumer dans des pipes en terre, relativement courtes. La cicatrisation est parfaite, et bien que la bouche soit légèrement rétrécie, le malade n'est pas trop défiguré. Le lambeau, collé au maxillaire, s'est légèrement rétracté, et comme son bord libre, non recouvert de muqueuse reste immobile, il ne retient la salive qu'incomplètement.

INFLUENCE DE LA MANIÈRE DE FUMER

Tous les fumeurs ne fument pas de la même manière : « certains ont cette frivole habitube, si répandue chez les Espagnols, d'éliminer par les narines la fumée des cigarettes. Bouisson opéra un de ses confrères de Barcelonne, atteint de végétations épithéliales des narines que le malade, très capable d'apprécier cette influence étiologique, n'hésitait pas à attribuer à cette cause. L'exercice qui consiste à faire franchir l'isthme du gosier par la fumée de tabac et à la ramener dans les fosses nasales, étend donc jusqu'à cette région la sphère de son action irritante ».

D'autres, en fumant une cigarette ou un cigare, ont la mauvaise habitude de mâcher l'extrémité qu'ils tienneut à la bouche, de sorte qu'ils ajoutent encore l'action de

chiquer à l'action de fumer : double cause d'irritation par conséquent. Les plus prudents évitent cet inconvénient en se servant d'un fume-cigare ou fume-cigarette qui a l'avantage de ne pas mettre la lèvre en contact direct avec l'extrémité du cigare ou de la cigarette, véritable réservoir où s'accumule la nicotine.

Observation XLIX (Bouisson). — V... (Joseph), sergent dans un régiment de ligne, 31 ans (habitude de fumer et de chiquer) ; admis à l'hopital de Saint-Eloi pour un cancer de la langue. Cautérisation actuelle ; récidive ; marche prompte ; hémorrhagie ; fièvre hectique. Mort (1856).

Observation L (Larrieu). — T..., ingénieur, 61 ans, se présente au mois de janvier 1880, à la consultation de l'hôpital Cochin.

Le malade accuse de nombreux antécédents morbides : fièvre typhoïde dans son jeune âge, syphilis à 25 ans ; coliques néphrétiques, calcul dans l'urèthre ayant nécessité l'urèthrotomie vers 30 ou 35 ans.

Dix-huit ans après abcès urinaire et fistule qui persiste encore.

On ne trouve aucune manifestation de la syphilis. Le malade est un *grand fumeur de cigarettes et de cigares ;* il n'a jamais fait usage de la pipe.

Cancer de la langue opéré par MM. Th. Anger. Mort. L'examen microscopique de la tumeur en démontre la nature épithéliale-

Parmi les fumeurs de pipes, nous en trouvons qui ne fument que les deux tiers du tabac contenu dans le four-

neau, jetant ce qu'ils appellent le « culot » c'est-à-dire le dernier tiers, resté au fond de la pipe et saturé de nicotine ; mais le plus grand nombre se gardent bien de perdre cette petite quantité de tabac ; ils fument leur pipe jusqu'au fond et aspirent par conséquent ce jus de tabac extrêmement vénéneux et irritant.

Quelques-uns ont une façon spéciale de bourrer leur pipe : au lieu de remplir le fond du fourneau, ils ne mettent du tabac qu'à sa partie supérieure, mais en revanche ils dépassent de beaucoup les bords de la pipe et forment à l'extérieur une énorme boule de tabac qu'ils appellent « un toupet. » Dans ce cas, le fond de la pipe, absolument libre, fait l'office d'un réservoir où s'accumule le jus du tabac qui finit par être aspiré et précipité dans la bouche du fumeur, sensation très désagréable en même temps que cause d'irritation très vive au niveau de la lèvre et de la langue.

Il existe dans le Nord et particulièrement dans la Flandre une habitude aussi curieuse que mauvaise et sur laquelle nous nous permettrons d'attirer l'attention : nous voulons parler de la « chauffrette » dont on se sert pour allumer sa pipe. La chauffrette est composé d'un récipient en terre autrefois, en métal actuellement, dans lequel on met du charbon de bois dans le fond, des braises allumées par dessus, le tout recouvert par une couche de cendre de bois épaisse de un à deux centimètres environ. Cet instrument se trouve dans tous les débits de boissons et les consommateurs ne se servent que de cela pour allumer leurs pipes. Ils enfoncent dans la cendre la tête de la pipe bien bourrée à fond et sur-

montée d'un toupet et arrivent jusqu'au feu qui couve par dessous, la pipe s'allume ainsi assez rapidement; certains sont capables de laisser leur pipe dans cette position pendant un temps très long et même de ne la retirer qu'après l'avoir fumée complètement. Il est facile de comprendre que, dans ces conditions, cette pipe, en terre généralement, devient extrêmement chaude au contact de ce foyer ardent, que la chaleur excessive du fourneau se propage le long du tuyau habituellement très court jusqu'à la cavité buccale qu'elle irrite au plus haut degré.

Observation LI (personnelle) — Un homme de 45 ans, obèse grand travailleur dans l'agriculture, est un fumeur exagéré. Il ne consomme que du tabac belge; et il fume douze heures par jour à raison de quatre pipes par heure. Il bourre sa pipe avec exagération, y ajoute constamment une surcharge de tabac, qui forme ce qu'il appelle « un toupet », et fume de telle façon qu'il incommode tout son entourage.

Vers la fin de 1892, on reconnaît l'existence d'un épithélioma ulcéré du bord droit de la langue. Après de nombreuses tergiversations, le malade se décide à recourir aux soins d'un chirurgien vers la fin de février 1893.

L'opération est faite à Lille : Le néoplasme est enlevé complètement, ainsi que le ganglion carotidien du côté correspondant, le seul qui présente une tuméfaction appréciable. Pour enlever ce ganglion, profondément situé sous le ventre postérieur du digastrique, le chirurgien ne se sert pas d'érignes, mais il manœuvre tantôt à l'aide des doigts, tantôt et le plus souvent à l'aide d'une spatule et d'une pince à disséquer. L'é-

nucléation de ce ganglion est laborieuse; elle se prolonge à peu près dix minutes.

Les suites de l'opération sont excellentes du côté de la langue, qui se cicatrise entièrement et ne présente aucune récidive.

Il n'en est pas de même pour la plaie du cou, dont l'extrémité supérieure présente rapidement un peu de rougeur et quelque peu de suintement.

Au bout de quelques semaines, on constate derrière la cicatrice du cou un substratum dur, sensible, profondément situé : cependant la cicatrice ne s'ouvre pas.

Au bout de deux mois, d'autres noyaux indurés apparaissent au-dessous du premier.

Le 31 juillet 1893, M. Guermonprez voit le malade pour la première fois, le trouve pâle, amaigri, et constate une énorme récidive qui rayonne autour du siège classique du ganglion carotidien droit; s'étend en haut jusqu'au bord du maxillaire inférieur, envahit la parotide, s'étend en bas jusqu'à deux ou trois travers de doigts des clavicules et de la fourchette sternale, se prolonge à droite au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien jusque dans la région des ganglions sous-occipitaux du même côté et s'arrête au bord de la portion supérieure du trapèze, tandis qu'à gauche, la masse de la tumeur se trouve encore différenciée d'avec une série de ganglions qui, tous, ont atteint le volume d'un œuf de poule et se reconnaissent successivement dans les régions sous-maxillaire, carotidienne, sous-sterno-mastoïdienne du côté gauche du sujet.

La masse principale fait une saillie considérable du côté du plancher de la bouche vers le pharynx et surtout à l'extérieur; elle est superficiellement lobée; sa consistance est dure, mais

non uniforme; deux foyers sont encore ramollis, fluctuants, d'autant plus semblables à des abcès, que le centre en est rouge, chaud et sensible. Quatre autres foyers semblables ont été récemment ouverts, soit spontanément, soit au bistouri, et laissent écouler un liquide roussâtre, visqueux, peu abondant, non fétide. La couleur de la masse est uniformément violacée ; les plaies présentent une teinte analogue, avec décollement des lèvres et de tout le pourtour de chacune des plaies. La peau est envahie, ainsi que les deux tiers supérieurs du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien du côté droit. Le néoplasme est d'ailleurs adhérent au plancher de la bouche et probablement aussi au bord inférieur du maxillaire. Le malade ne souffre pas énormément et avale sans trop de peine, du moins lorsqu'il ne s'agit ni d'aliments acides, ni de miettes de pain.

M. Guermonprez conclut, d'accord avec M. Duhamel, médecin de la famille, que la repullulation a été plus rapide dans le cas particulier, qu'ils ne l'ont observés dans d'autres cas analogues, abandonnés à eux-mêmes et cela cinq mois après une opération réellement bien faite.

Il est donc permis d'admettre que le néoplasme a été ensemencé sur place, soit parce que la coque du ganglion carotidien aura été rompue dans les manœuvres laborieuses de son extirpation malgré les soins attentifs du chirurgien, soit parce que l'instrument tranchant ou la spatule aura déchiré un ganglion imperceptible ou quelque petit vaisseau lymphatique, dont l'infection localisée était acquise avant l'opération, sans qu'il fut possible au chirurgien de la prévoir.

Convaincu qu'aucune opération ne peut désormais mettre à l'abri d'une inoculation involontaire accomplie par le même mécanisme malgré la plus grande sollicitude, M. Guermonprez

renonce à une intervention qui serait incapable de donner au malade les garanties qui lui inspirent ses illusions.

Le 8 août, survient une hémorrhagie par l'une des plaies cancéreuses : après l'application de poudre de colophane, l'hémorrhagie s'arrête.

Le 10, elle se renouvelle à plusieurs reprises, malgré l'application de la même poudre hémostatique et d'autres topiques analogues ; et le malade succombe, rapidement épuisé par l'abondance et la persistance de cette hémorrhagie.

Remarques : L'ensemencement d'un cancer pendant l'acte opératoire est toujours involontaire, toujours pénible à signaler ; il est souvent contestable. Il a été signalé comme un danger pressant par M. le Dr Ant. Sabatier, de Lyon, au *Congrès de chirurgie* de 1888 (pp. 287-288).

M. le professeur Guermonprez nous assure que le cancer est presque toujours ensemencé, lorsque le chirurgien pique un ganglion au moyen d'un tenaculum avant, ou pendant qu'il en fait l'ablation. Lui-même rapporte qu'il a rencontré des ganglions très menus, très durs et très adhérents dans l'aisselle d'une dame, à laquelle il avait fait l'amputation d'un sein atteint de cancer en cuirasse. L'un des ganglions vint à se déchirer ; de copieux lavages antiseptiques furent pratiqués ; mais ils furent impuissants à prévenir la récidive sur place. Cette particularité acquiert une importance plus grande pour le chirurgien, qui n'observe pas de récidives chez d'autres opérées, où le curage de l'aisselle a été pratiqué avec la même méthode, et sans l'accident de la rupture d'un ganglion. L'analyse histolo-

gique a cependant démontré la nature cancéreuse de ces tumeurs du sein.

L'observation ci-dessus démontre, en outre, non seulement la récidive sur place dans la région ganglionnaire, mais encore la rapidité d'évolution de cette récidive, qui s'est propagée d'emblée dans le tissu cellulaire, sans passer par une phase préalable de localisation ganglionnaire.

C'est d'autant plus remarquable, qu'il n'y a pas eu de récidive dans le foyer cancéreux primitif de la langue.

INFLUENCE DE LA PESANTEUR.

Le poids de la pipe détermine non seulement l'usure des dents qui la soutiennent habituellement, il joue encore un rôle très important dans la localisation du cancer. En effet, chez les sujets qui ont encore leurs dents de devant, l'extrémité de la pipe maintenue par elles, n'est pas en contact direct avec la langue qu'elle n'échauffe point; elle appuie au contraire sur la lèvre inférieure qu'elle irrite. Ainsi s'explique la localisation presque constante du cancroïde à la lèvre inférieure, tandis que la lèvre supérieure, ibre de toute pression, est pour ainsi dire toujours respectée.

Les choses se passent d'une façon bien différente chez les sujets dont les dents de devant sont tombées. Chez ces vieillards, la pipe profondément enfoncée dans la bouche, vient appuyer fortement son extrémité chaude, suintant la nicotine, sur la langue appliquée contre la voûte pala-

tine, et c'est généralement à 6 ou 8 millimètres de ce point de la langue que se localise le cancer.

Si le sujet enfonce sa pipe très profondément, la localisation peut se faire à l'amygdale (Obs. XXXVIII).

Sous l'influence de la pesanteur encore, lorsque les pipes sont suspendues à un porte-pipes, le fourneau en haut, le tuyau en bas, la nicotine s'amasse à l'extrémité du tuyau au fur et à mesure que la pipe se refroidit, et, dès que le fumeur s'en sert, à la première aspiration, ce jus de tabac ainsi accumulé est précipité sur sa langue, nouvelle cause d'irritation locale.

INFLUENCE DE LA SALIVE.

Le contact de la fumée de tabac sur les surfaces muqueuses en excitent toutes les sécrétions. La salive en effet devient très abondante, ce qui explique le besoin continuel de cracher qu'éprouvent la plupart des fumeurs. La sécrétion salivaire est beaucoup moins active chez les fumeurs de cigarettes ou même de cigares ; aussi ceux-ci ne crachent-ils pas ou tout au moins très peu ; elle est au contraire très abondante chez les fumeurs de pipe qui crachent presque tous en fumant et ceux-ci cracheront d'autant plus qu'ils fumeront plus vite, qu'ils emploieront un tabac moins épuré, plus âcre et plus fort, qu'ils fumeront leur pipe jusqu'au fond.

La salive ainsi sécrétée se charge de la nicotine apportée par la fumée, de celle qui s'écoule par le tuyau de la pique en quantité d'autant plus grande que celle-ci est

plus courte et le tabac de moindre qualité, enfin de celle qui est fatalement aspirée par le fumeur qui fume sa pipe à fond. Cette salive nicotinisée irrite la muqueuse avec laquelle elle est en contact et devient ainsi un élément irritatif surajouté à toutes les autres causes étudiées jusqu'ici. Il est donc, de ce fait, incontestable que les fumeurs qui crachent sont un peu moins exposés au cancer que ceux qui fument, la pipe surtout, sans cracher.

Le tabac à mâcher mérite les mêmes reproches. « Déjà Perey avait fait la remarque que la chique, encore en faveur chez les marins, les prisonniers et quelques hommes des classes laborieuses, occasionnait des ulcères de la bouche au lieu de les guérir. Il pensait même que les sucs irritants étendaient plus loin leur influence nuisible, et il attribuait le cancer de l'estomac à l'ingestion des sucs salivaires chargés des principes du tabac et allant porter l'action de cette substance jusque dans les organes digestifs » (Bouisson).

INFLUENCES EXTRINSÈQUES.

A l'action irritative u tabac et aux autres motifs de localisation du cancer qui viennent d'être exposés, il faut encore ajouter le rôle des éléments de propagation par contage. Bien que la transmission du cancer par la pipe soit extrêmement rare, elle ne peut cependant être niée absolument. Il existe en effet quelques exemples : M. le Dr Franchomme (Société des sciences médicades de Lille, séance du 18 mars 1896) déclare avoir observé des

cas de transmission de cancer de fumeur à fumeur. Il cite en particulier le cas d'un jeune homme qui avait hérité de la pipe de son oncle mort d'un cancer des fumeurs et qui fut atteint dans la suite d'un épithélioma de la lèvre.

Nous trouvons un cas identique chez le sujet dont l'histoire nous est donnée dans l'observation suivante. M. le Dr Fourmeaux qui connaît la famille du malade, affirme le fait suivant : « Je connais la famille du malade, dit-il : « Cet homme se servait souvent de la pipe d'un de ses « frères atteint d'un énorme néoplasme inopérable de la « base de la langue. Ce fait serait un nouveau cas de « contagion du cancer ; je crois la chose évidente » (1).

Observation LII (Flouquet) (2). — J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomo-clinique le cas d'un épithélioma de la langue opéré par M. Vallin.

M. X..., cultivateur, âgé de 42 ans, entre le 27 février 1896, à l'hôpital, avec une ulcération occupant le sillon gingivo-labial. On ne retrouve dans les antécédents héréditaires du malade aucune maladie qui pourrait mettre sur la voie du diagnostic, lui-même prétend avoir toujours joui jusqu'ici d'une bonne santé.

Il nous apprend que depuis quelques mois il a vu une petite ulcération se former dans la bouche, que cette ulcération s'est accrue rapidement et a été accompagnée d'engorgement ganglionnaire et d'écoulement d'un liquide roussâtre ichoreux.

On aperçoit en effet à la région sous-tyroïdienne gauche une

1. Société anatomo-clinique de Lille, séance du 12 février 1896.

2. Communication à la Société anatomo-clinique de Lille.

grosseur mobile, dure, non adhérente à la peau, ayant à peu près le volume d'une noix. L'exploration digitale permet de constater qu'elle est grosse, tuméfiée, légèrement déviée à droite. Cette tuméfaction est constituée par plusieurs noyaux indurés; l'un d'eux, gros comme un œuf de pigeon, empiète sur la ligne médiane et passe du côté opposé.

En arrière de celui-ci, on sent deux autres nodules gros comme une noisette qui forment des bosselures surajoutées. En outre, le sillon gingivo-labial gauche est occupé par une ulcération qui suit ce sillon. Cette ulcération a un aspect gris-jaunâtre, pulpeux, et laisse écouler un liquide roussâtre, ichoreux, fétide.

L'ulcération repose sur une base indurée. Malgré les nodules qui se trouvent dans la langue et qui pourraient un instant simuler des gommes syphilitiques, les autres symptômes sont tous en faveur d'un épithélioma de la langue.

L'examen histologique est d'ailleurs venu confirmer ce diagnostic.

L'opération est faite le 31 janvier 1896. Une incision partant de la ligne médiane du maxillaire inférieur se continue jusqu'à son angle en suivant le bord inférieur de cet os De cette incision horizontale part une autre incision verticale qui descend le long du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, à deux travers de doigts environ de ce muscle. On cherche à libérer le ganglion au moyen des doigts et du bistouri et on l'enlève avec la glande sous-maxillaire. On arrive ainsi jusqu'à la base de la langue, on décolle le périoste et on pénètre dans la bouche le long de la branche horizontale gauche du maxillaire. La pointe de la langue, saisie avec une pince, est amenée au dehors avec

le reste de la tumeur. Par ce large orifice, on sépare les parties saines des parties malades.

L'hémostase est faite au fur et à mesure. Un fil est passé dans la base de la langue, le reste est réuni par des sutures au crin, dont les bouts ne sont pas coupés, à seule fin d'être ramen's dans l'intérieur de la bouche. On suture la plaie extérieure, en ayant soin de passer un drain qui sort par la commissure des lèvres. Un autre drain est passé le long de l'incision verticale. On applique sur la plaie un pansement humide et on introduit par le nez, dans l'œsophage, une sonde qui permettra l'alimentation du malade.

Les jours suivants, on fait deux fois par jour des lavages complets avec des solutions de thymol et de menthol. Le malade paraît subir très bien toutes les suites opératoires : il se lève et se promène. Quand subitement il est pris, dans la nuit du 3 au 4 février, de cinq crises successives. L'interne de garde attribuant ces accès au réflexe laryngé, enlève le tube. Le lendemain, M. le professeur Duret ausculte le malade et trouve un foyer de congestion aux bases du poumon (1).

On applique alors un vésicatoire à la partie dorsale et inférieure de la poitrine.

Dans la nuit suivante, c'est-à-dire du quatre au cinq, le malade est de nouveau pris d'un accès de délire. Il arrache son

1. A ce sujet, M. Duret fait la remarque suivante : « L'expression « broncho-pneumonie, dit-il, traduit mal ma pensée et c'est pourtant « plus que de la congestion pulmonaire. C'est une sorte d'œdème « congestif, un premier pas vers la schluck-pneumonie des Alle- « mands. Aussi fais-je toujours pratiquer dans ces cas une antisepsie « rigoureuse de la bouche ».

tube, son pansement, ses drains. On peut attribuer ces accès, soit à la fièvre accompagnant la congestion pulmonaire, soit plutôt à l'infection microbienne ayant son point de départ dans la bourse.

En effet, malgré des lavage au thymol et à l'encalypsol, qui sont renouvelés plusieurs fois par jour, le malade exhale une odeur infecte et repoussante. Ces symptômes s'amendent les jours suivants. Grâce à un traitement à la fois soigneux et énergique ; on enlève les fils et le malade peut être désormais considéré comme guéri (1).

M. le professeur Guermonprez attribue une grande importance aux verres des cabarets mal tenus ou très pauvres. Le verre est quelquefois remplacé par la faïence ; il est trop souvent ébréché à son bord libre ; il n'est jamais purifié par l'ébullition ; il n'est même pas nettoyé par frottement et soumis à l'essuyage ultérieur au moyen d'un

1. Au sujet de cette observation, M. le Dr Fourmeaux, membre de la société anatomo-clinique et présent à la séance, fait la remarque suivante : « Je connais, dit-il, la famille du malade. Celui-ci se ser- « vait souvent de la pipe d'un de ses frères atteint d'un énorme « cancer inopérable de la base de langue. Ce fait serait un nouveau « cas de contagion du cancer ; je crois la chose évidente ». Nous sommes absolument de l'avis de M. Fourmeaux et nous nous étonnons que M. Flouquet, dans son observation, ne fasse pas mention de ce détail étiologique, d'une très grande importance et qui, à notre point de vue, augmente de beaucoup l'intérêt de cette observation.

linge. Le verre d'un consommateur précédent est trop souvent livré au consommateur suivant sans autre soin que celui d'avoir été plongé dans une cuvette métallique ou en terre, dont l'eau est renouvelée à de rares intervalles : ce verre est ensuite déposé sur l'égouttoir, où il séjourne un temps variable et conserve les débris adhérents et séchés de la salive et de la sanie, éventuellement laissés d'une manière inconsciente par un fumeur atteint de cancroïde de la lèvre. Pour un fumeur prédisposé par l'âge et l'herpétisme, devenu négligent par la fatigue de sa journée de travail, les dangers de ce contage médiat ne sont pas rares.

Observation LIII (personnelle). — X..., cultivateur, près de Lillers (Pas-de-Calais), âgé de 72 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires. Il est fumeur et toujours il se sert de pipes en terre, courtes. Vers la fin de septembre 1893, cet homme s'aperçoit qu'au niveau de la lèvre inférieure du côté gauche, côté où il tient sa pipe régulièrement, il se forme un petit bouton dur, blanchâtre, s'écorchant facilement. Il en attribue la cause à la chaleur de la pipe et se met à fumer du côté opposé, c'est-à-dire, du côté droit. Le petit bouton diminua bientôt de volume et au bout d'un mois environ, il avait, nous dit le sujet, complètement disparu. Il n'en continua pas moins à tenir sa pipe du côté droit par mesure de prudence ; mais ce côté droit lui-même devint bientôt le siège d'un bouton analogue au premier qui, loin de disparaître, se mit au contraire à croître rapidement. Ce n'est que huit mois après et sur le conseil d'un de ses voisins, opéré et guéri d'un épithélioma de la lèvre

(observation suivante) qu'il se décide enfin à consulter le Dr Laversin : Celui-ci diagnostique un épithélioma qu'il circonscrit par une incision en V (15 octobre 1894). Réunion par première intention.

Novembre 1896. — Jusqu'à ce jour le malade, qui a abandonné l'usage de la pipe en terre pour se servir de pipe en bois, n'a pas eu de récidive.

Observation LIV (personnelle). — Un cultivateur de Lillers (Pas-de-Calais), âgé de 65 ans, très grand fumeur (il fume la pipe en terre toute la journée, nous dit-il) voit apparaître dans le courant de 1892 un petit bouton au niveau de la commissure gauche. Le malade nous raconte que ce bouton grossit peu à peu sous forme de porreau blanc, s'écorchant fréquemment et laissant suinter un liquide laiteux. Il continua néanmoins à fumer, mais il porta sa pipe du côté sain. Enfin au bout de deux ans pendant lesquels il ne fit aucun traitement sérieux, il se fit opérer (11 avril 1894). Depuis son opération, il fume toujours, mais il fume moins. Pas de récidive à noter jusqu'à présent (novembre 1896).

Un détail intéressant, sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention, c'est que ce malade et celui de l'observation précédente, sont deux cultivateurs du même pays et habitant à proximité l'un de l'autre; que de plus ils se connaissaient et se rencontraient fréquemment dans le même débit de boissons où ils passaient de longues soirées à jouer aux cartes ensemble. L'un est devenu cancéreux en 1892, l'autre en 1893; il ne serait donc pas impossible qu'il y ait eu là contagion directe par les verres du débit de boissons, d'autant plus que la propreté du débit dont il s'agit est loin d'être irréprochable.

Une objection curieuse est la suivante : « dans une localité du Finistère où presque toutes les femmes fument le brûle-gueule, M. Lemarchand a vu une centaine de cancroïdes de la lèvre inférieure chez les hommes et jamais il n'en a observé chez les vieilles femmes » (1).

Or, il est de notoriété que les hommes ne se contentent pas de fumer; ils y ajoutent l'habitude de se désaltérer souvent dans les buvettes ou les gargottes dont le matériel est tout aussi mal tenu que dans les estaminets du Nord. Tout au contraire les femmes ne vont pas dans les débits de boissons, il est difficile de démontrer plus nettement que l'influence du tabac n'est pas le tout dans le cancer des fumeurs et qu'il faut bien y ajouter la part des débits de boissons. Et, lorsque cette part est établie, quel autre moyen pourrait-on invoquer que celui des verres à boire?

Il ne faut d'ailleurs pas croire que ce soit là une interprétation basée sur une observation restreinte. Tout récemment encore les statisticiens ont publié l'échelle comparative de la consommation du tabac par tête d'habitant; ils n'ont pas été jusqu'à faire la comparaison avec la propagation du cancer, mais il est déjà curieux de remarquer que les pays où l'on consomme le plus de tabac sont non pas toujours mais le plus souvent ceux où l'on consomme le plus d'alcool.

1. Lortet. Th. doct. Paris, 1861, p. 547.

	Quantité de tabac par habitant	Quantité d'alcool par habitant
Espagne...............	550 grammes	21 litres
Suisse..................	610 —	5 —
Italie..................	635 —	1 —
Angleterre..............	680 —	2.50
Portugal................	850 —	21.10
Russie..................	910 —	3.40
France	933 —	4.08
Danemarck...............	1125 —	8.85
Autriche................	1350 —	3.50
Allemagne...............	1485 —	8.25
Wurtemberg..............	» —	21.50
Bavière.................	» —	21.45
Grand Duché de Bade....	» —	31.74
Belgique................	1552 —	41.50
Pays-Bas................	3400 —	51.58

Résumé. — Pour résumer ces longues considérations étiologiques, il convient de retenir :

1 Chez les fumeurs, le cancer se localise de préférence dans les points de l'organisme qui subissent le plus spécialement les actions irritatives qui leur sont particulières.

2° La pipe courte, en terre, fumée jusqu'au bout est l'instrument le plus souvent mis en cause par les fumeurs cancéreux.

3 Le tabac irritant paraît être celui qui détermine le plus grand nombre de cancers.

4° Certaines régions territoriales (Nord. Frontière Franco-Belge. Normandie), paraissent plus particulièrement éprouvées comme si le cancer y était endémique.

5° La contagion médiate paraît n'être pas impossible par la pipe elle-même. Elle est peut-être plus fréquente par les conditions de propreté insuffisante des verres à boire mis en usage dans les estaminets peu soignés.

6° La localisation la plus commune du cancer des fumeurs est celle de la lèvre inférieure exactement en face du groupe des dents érodées et usées par le contact prolongé de la pipe.

7° Lorsque le fumeur n'a plus de dents, ou bien lorsqu'il manque de celles dont il a besoin pour soutenir la pipe, la localisation du cancer ne se fait plus à la lèvre, elle est située plus profondément : chez certains fumeurs elle est à la base de la langue ; chez d'autres elle est à l'amygdale. Toujours c'est du côté où le fumeur a coutume de placer sa pipe ; toujours le néoplasme commence à un centimètre en arrière de l'orifice de sortie de la fumée.

8° La récidive est plus fréquente et plus rapide si le fumeur n'abandonne pas définitivement l'usage du tabac. Cette récidive se fait communément dans les ganglions sous-maxillaires, sous-sterno-mastoïdiens, alors même qu'il n'y a pas de récidive, ni buccale, ni pharyngienne.

9° Chez les sujets prédisposés par hérédité, il convient de choisir une pipe en bois ou avec un bout d'ambre, de ne pas fumer jusqu'au fond, d'employer un tabac aussi peu âcre que possible et d'insister sur l'utilité des collutoires antiseptiques ou tout au moins de nettoyages.

10° Pour contribuer à la prophylaxie par des mesures d'utilité publique, il convient que dans les contrées où les cancers de la bouche sont le plus fréquent, les auto-

rités municipales prescrivent dans les débits de boissons : 1° la suppression absolue de tous les verres ébréchés ; 2° le nettoyage des verres à l'eau courante ; 3° l'usage d'un essuie-main mis en vue des consommateurs et telles autres mesures qui seraient imposées par les nécessités locales.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

I) *Lèvres.* — « Lorsqu'un malade vient vous consulter, avec un cancroïde le plus souvent déjà assez volumineux, il raconte alors que son mal a débuté par un *bouton.* Mais lorsque le chirurgien observe ce stade initial, il constate que ce bouton est de nature assez variable. Ici, c'est une hypertrophie papillaire plus ou moins limitée, pendant plus ou moins longtemps stationnaire ; là, une petite masse vèruqueuse, indurée, indolente, squameuse, devenant croûteuse, cornée même dans quelques cas rares, sans cesse écorchée par le patient et peu à peu ulcérée ; là, une fissure prise d'abord pour une simple gerçure mais dont les bords s'indurent peu à peu et s'élèvent, tandis que le fond se recouvre d'une croûte constamment arrachée et constamment reproduite, sous laquelle on retrouve une ulcération superficielle, à fond rose et un peu saignant. Telle est l'origine du cancroïde de l'ourlet cutanéo-muqueux. Celle du cancroïde exclusivement muqueux se trouve parfois dans une plaque de leucoplasie buccale, semblable ici à ce qu'elle est à la langue. Dans tous les cas, l'ulcération se creuse peu à

peu, les tissus voisins s'indurent de plus en plus et font saillie. Les diverses formes du début perdent leur individualité, et à la période d'état la description devient uniforme.

A cette période, on voit une véritable tumeur, dure, adhérente, inégale, indolente mais prurigineuse, d'où des grattages qui exaspèrent le mal et amènent une ulcération plus rapide. Cette ulcération est irrégulière, sinueuse, déchiquetée, ses bords sont à pic, renversés, indurés ; du côté de la peau, le fond reste pendant assez longtemps recouvert en partie d'une croûte formée de pus concrété, d'épiderme, de matière sébacée, de sang desséché. On distingue deux formes, rongeante et végétante, suivant que l'ulcération creuse profondément, ou donne naissance au contraire, à des bourgeons plus ou moins volumineux, qui saignent facilement. Ces deux formes, d'ailleurs, peuvent s'associer.

La marche anatomique que nous avons étudiée se révèle cliniquement par un temps d'arrêt à la commissure, avant que ne soient envahis la joue et la lèvre supérieure d'une part, le menton d'autre part. A cette période avancée, la tumeur est volumineuse et diffuse ; la peau et la muqueuse, ulcérées, saignent au moindre contact ; la parole, la mastication sont gênées, puis douloureuses ; enfin la salive s'écoule constamment par les brèches de la lèvre inférieure et se mélange à l'ichor fétide sécrété par les surfaces malades. Puis vient l'envahissement des gencives, du maxillaire ; et c'est à ce moment que les douleurs sont vives, atroces, surtout quand le néoplasme s'insinue autour du nerf dentaire inférieur. On conçoit

que l'alimentation devienne de plus en plus difficile ; par contre des substances putrides sont incessamment dégluties : deux causes de cachexie importantes, auxquelles se joignent parfois des suintements sanguins incessants, dont il ne faut cependant pas exagérer la fréquence.

L'état des ganglions doit être recherché avec soin. A cet effet, le cou étant fléchi, on palpe d'une main sous la mâchoire, tandis qu'un ou deux doigts de l'autre tâtent le plancher buccal. Au début des discussions sur le cancroïde, Lebert, P. Broca (1), avaient cru que l'adénopathie était rare : on n'a pas tardé à prendre cette illusion et Pajet, Heurtaux, Lortet et Desgranges, ont montré qu'au moment où les malades viennent consulter, un grand nombre ont de l'engorgement ganglionnaire, et cet engorgement paraît inévitable si le mal est abandonné à lui-même. Il est d'autant plus précoce que la tumeur a une marche plus rapide : mais il est rare avant le quatrième ou cinquième mois. Au début on trouve à la région sous-mentale ou à l'angle de la mâchoire une petite tumeur dure, arrondie, mobile sous la peau saine et sur les parties profondes. Peu à peu la tuméfaction augmente, les ganglions pris deviennent de plus en plus nombreux, leur chapelet peut descendre jusque dans le creux sus-claviculaire. Ils finissent par adhérer à la peau qui, à un moment donné, rougit et s'ulcère ; par là s'évacue en partie la tumeur ramollie, et il reste un orifice d'où s'élèvent des végétations épithéliomateuses.

1. P. Broca : Rapport sur une observation de Laboulbène. *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1853.

La tumeur, toutefois, ne se propage guère au-delà des ganglions. Tout à fait exceptionnelle est la généralisation viscérale dont Virchow, Pajet, Ollier, Bruno, ont relaté des exemples. Il faut en distraire, comme le dit M. Cornil (1), les cas où l'estomac seul est envahi, car il s'agit alors d'une sorte de greffe par des parcelles épithéliales avalées; et c'est, en somme, comparable à l'observation de Bergmann (2), où la lèvre supérieure s'est pour ainsi dire inoculée au contact d'un cancer de la lèvre inférieure.

II. *Langue*. — Lorsque le cancer des fumeurs se localise à la langue, il occupe de préférence, soit le dos de la partie libre de la langue, soit son bord, soit exceptionnellement la face inférieure. On peut le rencontrer depuis la pointe jusqu'à la base, bien que sa localisation à la base soit plus rare.

Lorsqu'il s'agit d'un épithélioma interstitiel, on constate au début l'existence d'une nodosité, profonde, presque toujours unique, qui, d'après Verneuil, Demarquay, a son siège de prédilection dans le sillon glosso-amygdalien, ce qui en augmente la gravité et complique l'intervention chirurgicale, le pilier antérieur étant rapidement envahi.

S'il s'agit au contraire de la forme papillaire, le début est marqué, soit par l'apparition d'une plaque bien limitée et très dure, soit par la formation d'une crevasse, d'une fente, d'une plaque saillante, rude et fendillée.

Quelle que soit la forme du début, le cancer aboutit

1. Cornil. *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1887, p. 348.
2. Bergmann. Société de médecine interne de Berlin, 1887.

fatalement à la période d'ulcération. Celle-ci peut être végétante ou rongeante.

Dans le premier cas, la langue est volumineuse, mamelonnée, rougeâtre, creusée de cavités anfractueuses, d'où émergent de gros champignons durs, saignant au moindre contact, comme les bords éversés de l'ulcération d'où ils naissent. Autour de ces ulcérations, on sent par le toucher une masse néoplasique remarquable par sa dureté.

Dans le second cas, l'ulcération prend le pas sur le bourgeonnement néoplasique. Elle détruit sur une étendue plus ou moins grande la partie libre de la langue ; ses bords sont durs, épais, renversés, quelquefois taillés à pic ; son fond, piqueté des points blancs des vermiothes, est grisâtre et sanieux. Alors se déroule le spectacle lamentable du cancroïde lingual, tel que nous l'observons fréquemment et sur lequel il est inutile d'insister. La langue est successivement envahie de la pointe à la base et quelquefois de son bord à l'autre ; le plus souvent cependant une seule moitié est prise. Le plancher de la bouche est à son tour intéressé, puis les piliers du voile du palais. Le malade peut à peine mouvoir la langue, rend incessamment par la bouche une salive mêlée d'ichor fétide et ressent souvent des douleurs intolérables, surtout dans l'oreille correspondante.

A cette période, l'engorgement ganglionnaire est constant : au début l'adénopathie est constituée par de petits ganglions durs, isolés, mobiles et roulant sous le doigt, le long de la carotide et sur les côtés du cartilage thyroïde. Ces ganglions, en grossissant, se touchent les uns les autres en une masse volumineuse, unique mais lobu-

lée, adhérente au plancher buccal, à la mâchoire, à la peau. Cette masse ganglionnaire, abandonnée à son évolution naturelle, se ramollit ; ses bosselures se marquent à la peau par des taches violacées qui s'ulcèrent, et par ces fistules, à bords durs et éversés, font saillie des bourgeons cancéreux.

Aussi la santé générale ne tarde-t-elle pas à s'altérer profondément, et c'est dans la cachexie la plus complète que succombe le malade, épuisé par l'impossibilité de l'alimentation, par l'insomnie, par la septicémie buccale, par les suintements sanguins, par les souffrances.

La mort survient généralement dans le cours de la deuxième année après le début de l'affection abandonnée à elle-même, à moins qu'une complication ne vienne brusquer le dénouement.

L'hémorrhagie et la pneumonie sont les deux complications les plus fréquentes : l'hémorrhagie ordinaire, celle qui est due au suintement des bourgeons néoplasiques, peut être abondante, répétée et hâter la mort. Mais les hémorrhagies promptement mortelles, quelquefois même presque foudroyantes, ont d'habitude pour cause l'envahissement d'une artère importante perforée par l'ulcération de la langue ou des ganglions (art. linguale ou carotide interne).

Les pneumonies qui compliquent les cas de cancers buccaux sont dues à la déglutition vicieuse de parcelles septiques diverses, morceaux d'aliments, fragments ou sécrétions du néoplasme, qui pénètrent dans le larynx et de là vont infecter le poumon. Les Allemands les appellent avec juste raison « Schluckpneumonie » ou pneu-

monie par déglutition. Elles relèvent donc à la fois de la septicité buccale et de la maladresse de la déglutition. Elles ne sont pas seulement importantes dans l'évolution naturelle du cancer, mais il faut aussi en tenir grand compte dans le pronostic opératoire, car elles sont une des principales causes de mortalité après les interventions où l'on a dû intéresser la mâchoire inférieure, le plancher buccal, la base de la langue et les piliers du voile.

Observation LV (personnelle). — A la fin de 1888, un homme très vigoureux et même obèse (200 k.), grand fumeur, alors âgé de 48 ans, s'aperçoit qu'il porte un petit bouton rougeâtre, situé à 2 ou 3 millimètres à droite du milieu de la lèvre inférieure. La peau qui recouvre ce bouton, d'aspect blanc-jaunâtre, s'enlève très facilement et laisse apercevoir sous elle une petite surface exulcérée, couleur lie de vin, saignant facilement, mais très peu. Peu à peu la nodosité sous-jacente gagne en profondeur : se faisant illusion, le fumeur ne discontinue pas son erreur et persiste à fumer de 80 à 90 cigarettes par jour. Sur le conseil de quelque empirique, il irrite de temps en temps la surface par quelques caustiques (acide nitrique, acide acétique, etc.).

L'étendue et l'épaisseur du noyau ne subissant aucune heureuse modification, le malade se décide à se soumettre à l'intervention chirurgicale. La portion exulcérée est ainsi enlevée avec le tissu sous-jacent (août 1889) par une incision en V : la réunion est obtenue par première intention.

Peu de temps après, le malade observe un nouveau noyau de consistance dure, d'un très petit volume, situé à quelques mil

limètres de la cicatrice, entre celle-ci et la commissure du côté droit. Une nouvelle intervention est proposée au malade, qui refuse et commet l'erreur et l'injustice d'imputer cette récidive à la parcimonie de l'intervention chirurgicale. Une application de trois minimes parcelles de caustique arsenical aboutit à une eschare du volume d'un gros pois, dont la plaie se guérit en une seule semaine.

Vers la fin de 1889, un nouveau noyau induré survient du côté gauche de la lèvre, et les caustiques, tantôt liquides (injections hypodermiques), tantôt solides (nodules arsenicaux poussés jusqu'à la profondeur des tissus), tantôt enfin sous forme d'écussons emplastiques, ne parviennent à donner que des résultats partiels insuffisants. Le malade arrive enfin à reconnaître que chaque application caustique lui impose une perte de substance d'une étendue notable et que cette déperdition ne lui vaut pas le dédommagement d'une cure vraiment complète.

Le malade, interrogé sur son passé, n'a jamais eu aucun symptôme pouvant faire croire à une affection syphilitique.

En mai 1893, survient un amaigrissement considérable, que l'on attribue à des coliques néphrétiques. Aussitôt guéri de cette maladie intercurrente, le malade se décide à recourir de nouveau au conseil d'un chirurgien.

En juin 1893, la lèvre inférieure n'existe plus : elle est remplacée par une vaste plaie ulcéreuse, de 4 à 5 centimètres d'étendue transversale, dont le fond n'est autre que la gencive et le périoste du corps du maxillaire inférieur. A droite, le pourtour de la plaie est formé par un liseré blanc, d'aspect cicatriciel, sans aucune tumeur proprement dite ; à gauche, au contraire, se trouve un gros noyau induré du volume d'une noix, qui répond parfaitement aux caractères connus du cancer de

fumeurs. La gencive n'est intacte que sur son bord alvéolaire ; tout le reste est ulcéré et présente de nombreux bourgeons. Si on introduit le doigt entre la joue et la mâchoire pour explorer le cul-de-sac gingival inférieur, on sent de chaque côté un bourrelet épais constituant une sorte de bride, qui fixe la joue au bord alvéolaire et délimite ainsi les portions malades d'avec les portions saines. Si on explore ensuite le plancher de la bouche, on constate que les glandes sublinguales sont intactes ; cependant les glandes du côté droit sont adhérentes au maxillaire. A ce niveau l'os est fortement épaissi ; la muqueuse lui est adhérente ; l'infiltration a aussi gagné le côté symétrique mais d'une façon moins importante. Enfin on constate une hypertrophie néoplasique du ganglion sous-mental et des ganglions carotidiens droits. Il y a de plus anesthésie des parties molles du menton à gauche et hypéresthésie à droite.

M. le professeur Duret opère le malade le 10 juin à l'hôpital de la Charité. Tout d'abord, il enlève quelques dents (deuxième petite molaire gauche, première grosse molaire droite), pour permettre de passer plus tard la scie à chaîne. Le chirurgien fait deux incisions à droite et à gauche de la tumeur suivant des lignes verticales, qui passent à un centimètre et demi de la limite du néoplasme. Il réserve, pour un temps ultérieur, le soin de circonscrire la limite de la tumeur sur la ligne médiane et vers le cou. Il dénude l'os de chaque côté de la masse néoplasique et se maintient ainsi à un centimètre et demi environ en dehors de la portion ulcérée et indurée ; puis, à l'aide de la scie à chaîne, il sectionne le maxillaire de chaque côté. Immédiatement après, il achève de circonscrire au bistouri le pourtour de la tumeur dans sa portion sous-mentale ; puis, abaissant toute la pièce pathologique, il sépare le néoplasme de ses

adhérences buccales, une pince de Museux saisit la langue afin de prévenir tout accident. Puis, à coups de ciseaux, le chirurgien sectionne les insertions des muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens: le menton en entier et la partie correspondante du maxillaire sont ainsi enlevés d'un bloc. N'étant plus soutenue par les génio-glosses, la langue a une tendance à tomber dans le pharynx et même à l'obstruer ; tout aussitôt se manifeste la sensation angoissante d'une menace d'asphyxie ; la moindre traction sur la pince de Museux suffit à écarter le danger.

Afin de fermer la large plaie qui résulte de cette vaste exérèse le chirurgien prolonge sur la peau du cou les incisions qui limitaient latéralement la tumeur et obtient, en le disséquant à sa partie profonde, un large lambeau quadrilatère répondant à toute la région sous-hyoïdienne. Il remonte le lambeau ainsi taillé ; et il achève son autoplastie par glissement, en suturant les bords latéraux avec les portions correspondantes des joues : le bord supérieur du lambeau fait désormais l'office du bord libre de la lèvre inférieure.

Pour suppléer aux apophyses géni, un fil d'argent, passé dans la base de la langue, vient aboutir dans la région sus-hyoïdienne. Ce fil étant insuffisant (le malade ayant encore une tendance à avaler sa langue), un second fil d'argent est passé plus profondément en anse à travers la langue et le cou ; le chirurgien l'attache au pansement antiseptique, dont on a soigneusement recouvert la plaie.

Quelques heures après l'opération, le malade, à qui l'on avait passé une sonde pour l'alimenter, faillit s'asphyxier ; et l'interne de garde fut obligé de la lui retirer et de lui faire une injection hypodermique de morphine. Le soir, il n'eut pas de fièvre ; mais le lendemain, la température monta à 37°,8, pour arriver

à 39° le quatrième jour après l'opération. Pendant ces premiers jours, on fit l'alimentation au moyen d'une sonde passée par le nez.

Le cinquième jour, la température monte davantage (40°) ; le malade tousse beaucoup ; et à l'ausculation, on constate de la congestion des bases. Un vésicatoire est appliqué à la base du poumon gauche et on lui fait des injections hypodermiques de caféine. Ce traitement amena une dépression assez considérable de la température : le malade se trouvait beaucoup mieux, lorsque subitement, il fut pris de délire ; il resta dans cet état pendant deux jours et succomba le 22 juin.

A l'autopsie. — On trouve de la bronchite généralisée, un foyer de broncho-pneumonie du côté gauche et une pleurésie purulente du même côté.

Autant qu'il est permis de le supputer, il semble probable que les accidents pleuro-pulmonaires mortels doivent être imputés à l'introduction accidentelle de quelque parcelle alimentaire dans les voies respiratoires.

Remarques. — Ce malade était très indocile, enlevait, à chaque instant, son pansement, ou bien la sonde nasale ; il se levait pour boire et manger pendant la nuit, en prenant les boissons et les aliments des autres malades. Il a payé de sa vie ses imprudences. La plaie avait bon aspect, mais l'opéré a fini par avoir une pleuro-pneumonie, par troubles de la déglutition, la schluckpneumonie des Allemands. S'il se fût contenté, comme bien d'autres, de l'alimentation par la sonde, qui fonctionnait bien, il eût probablement guéri. Dans son travail sur les opérations pour le cancer des amygdales, publié dans le *Journal des*

Sciences médicales, il y a quelques mois, M. Duret a appelé à juste titre l'attention sur le danger de ces pneumonies après les opérations sur les premières voies digestives, sur leurs symptômes souvent obscurs et sur les difficultés qu'il y a parfois à les éviter, lorsque les malades sont indociles et n'acceptent pas la sonde. Il est nécessaire de les surveiller et de leur donner des soins assidus. Il avait eu soin, pour calmer le malade, de l'alimenter et de lui donner des boissons à la fois par la sonde nasale et par le rectum.

4° *Pharynx : Amygdales, piliers, luette.* — Lorsque le cancer des fumeurs envahit ces différentes régions, c'est habituellement par propagation d'un cancer lingual du sillon amygdalo-glosse. Il peut néanmoins être primitif et dans ce cas, le début a lieu dans les 2/3 des cas par l'amygdale.

On retrouve ici les mêmes troubles fonctionnels que ceux du cancer de la langue : Douleurs intenses, s'irradiant vers l'oreille; gêne plus marquée que pour la langue, de la phonation et de la déglutition ; voix nasillarde et indistincte ; haleine extrêmement fétide.

A l'examen physique, la vue révèle, soit une hypertrophie dure de l'amygdale, soit une ulcération fissurique plus ou moins dissimulée dans un repli. A un degré plus avancé, il existe une ulcération d'étendue variable, ayant le même aspect et la même consistance que dans le cancer de la langue. La forme bourgeonnante est rare. Le point le plus creusé est d'ordinaire au niveau de la loge amygdalienne. Autour de l'ulcère il y a une rougeur diffuse, et souvent de l'œdème de l'isthme du gosier et du

pharynx. Pour apprécier la limite du mal, le toucher est indispensable.

Dans certains cas toute la région est affectée, la tumeur fait saillie dans la bouche et sur les parties latérales du cou ; l'amygdale, les piliers, les ganglions sous-maxillaires constituent une masse unique indurée. Cette tumeur est susceptible des mêmes poussées inflammatoires que l'adénopathie du cancer lingual.

CHAPITRE V

Diagnostic

A une époque tardive, lorsque le cancer est parvenu à sa période d'état, le diagnostic est facile, évident même. Outre les antécédents, le sexe et l'âge du sujet, on trouve alors tous les signes classiques : l'induration qui entoure l'ulcère, l'engorgement ganglionnaire, les douleurs lancinantes, l'écoulement d'un liquide saigneux, ichoreux, fétide, et tous les autres symptômes que nous avons énumérés (chapitre IV) en décrivant chacun de ces cancers buccaux.

Au début, au contraire, le diagnostic est entouré de difficultés très grandes, difficultés que nous devons chercher à vaincre par tous les moyens en notre pouvoir, car il est urgent d'établir un diagnostic précoce, si l'on veut intervenir d'une manière efficace.

Les lésions tuberculeuses et les lésions syphilitiques sont celles qui prêtent le plus à l'erreur, aussi convient-il d'étudier avec soin les caractères qui nous permettent de les différencier du cancer.

1° *Tuberculose.* — A) *Lupus :* Le lupus primitif des lèvres est rare, et surtout il est exceptionnel qu'il débute

par la face muqueuse; il est plus fréquent à la lèvre inférieure, et le plus souvent il n'est que l'extension d'un lupus de la face. De plus le lupus est serpigineux, et présente, autour des noyaux non encore ulcérés, des parties cicatrisées. Il n'y a presque rien de commun avec le cancer labial, par conséquent, le diagnostic est facile.

B) *Ulcèrations tuberculeuses :* Moins fréquentes aux lèvres, les ulcérations tuberculeuses ont un siège de prédilection au niveau de la langue. Quand le sujet est tuberculeux, quand il n'y a pas d'induration, quand on voit le semis périphérique de points jaunes, quand les ganglions sont indemnes, le diagnostic saute aux yeux. Mais qu'un ou plusieurs de ces signes fassent défaut, l'erreur deviendra possible, et les examens histologique et bactériologique resteront le seul critérium. Ces considérations s'appliquent de même aux lésions ulcéreuses du pharynx et de l'amygdale.

2° *Syphilis.* — A) *Chancre* : Le chancre syphilitique, relativement rare aux lèvres, est plus rare encore à la langue et à l'amygdale; il est tout à fait exceptionnel en tout autre point de la gorge.

« Le praticien, écrit M. le professeur Tillaux, n'éprouve en général d'hésitation à se prononcer qu'entre le chancre induré et un ulcère épithélial, mais, outre que ces deux affections ont une physionomie spéciale qui trompe peu quand on les a observées une seule fois, le chancre se présente de préférence chez les jeunes sujets, arrive en quelques jours à un degré d'ulcération que le cancroïde mettrait lusieurs mois à atteindre, et s'accompagne dès le début d'adénopathie sous-maxiliaire, caractères oppo-

sés à ceux de l'épithéliome ». Ces caractères, lorsqu'ils sont nets, ne permettent pas en effet d'erreur de diagnostic, il est des cas difficiles cependant qui nécessiteront toute la perspicacité du praticien.

B) *Accidents secondaires :* Plaques muqueuses. Le diagnostic est généralement rendu évident par l'examen des lèvres et de la cavité buccale où ces plaques muqueuses sont abondantes; on en trouve encore à l'anus, au scrotum chez l'homme, aux grandes lèvres chez la femme. On peut ajouter à cela l'apparition de la roséole et il sera impossible de songer au cancer qui est isolé, unique, et d'aspect tout différent.

D) *Accidents tertiaires.* — Sclérose et gomme. La syphilis tertiaire est la source de méprises nombreuses : Dès le début, on peut confondre un cancroïde avec une sclérose syphilitique. Mais cette dernière est, en général, plus large, lisse, et sur la partie médiane de la lèvre. Quand l'épithéliome commence par une fissure, on peut hésiter avec un syphilome en nappe accompagné d'une ulcération. Mais le syphilome est plus diffus, plus étendu, occupe presque toute la hauteur de la lèvre : il y a disproportion entre l'ulcération et l'induratiou.

A la langue, lorsqu'il y a tumeur, c'est encore avec le syphilome que la confusion peut être faitè, car les signes sont sensiblement les mêmes.

Les principaux éléments de diagnostic différentiel sont les suivants : la tumeur épithéliale occupe le bord de la langue ou la partie voisine du bord, la tumeur gommeuse siège de préférence au centre; la première est unique, la seconde est souvent multiple. Ricord disait que, dans

ce cas, la langue semble rembourrée de noisettes, expression pittoresque qu'il est bon de conserver. Enfin le sujet syphilitique présente souvent d'autres signes d'infection sur la peau et sur le squelette.

On peut encore essayer le traitement spécifique dit « pierre de touche », mais il est plus nuisible qu'utile, et il vaut mieux lui préférer l'examen histologique des produits obtenus par le râclage ou par excision.

Les gommes ulcérées typiques, avec leurs bords souples et nets, leur fond bourbillonneux, peu bourgeonneant et peu saignant, leur indolence ne seront pas souvent méconnues; ne le seront même jamais si à cela s'ajoutent des fissures de la muqueuse lobulée, des commémoratifs précis, des accidents concomitants. L'hybridité cancéro-syphilitique, décrite surtout par Verneuil et son élève Ozenne, vient compliquer la question. Dans ces conditions, l'aspect objectif est à la fois celui de la gomme et celui du cancer, et c'est alors qu'est indiqué le traitement pierre de touche, pour bien déterminer si dans la lésion examinée existe un élément contre lequel il reste impuissant après amélioration initiale.

3) *Ulcère simple.* — L'ulcère simple est consécutif à une irritation dentaire, à un traumatisme, et des gerçures.

Pour les gerçures, on se guidera sur le peu de durée de celles-ci et sur l'aspect de la petite plaie qu'elles forment ; on se rappellera que le cancer a une durée plus longue, des bords indurés et un peu renversés ; et si l'on suit pendant quelque temps la marche de l'affection, l'erreur ne sera pas possible.

Pour l'ulcère simple, l'induration ligneuse du cancer est un des meilleurs signes. Il est vrai que l'ulcère simple peut s'indurer, être fongueux, s'accompagner d'adénopathie et survenir chez un homme âgé : Il sera alors impossible de se prononcer avant d'avoir arraché le chicot causal et d'avoir observé patiemment les effets de cette extraction. Enfin au besoin mieux vaut enlever un ulcère bénin que de laisser évoluer un cancer.

Observation LVI (résumée) (Communiquée par M. le professeur Verneuil. Thèse de M. Ozenne). — M. B..., 54 ans, de taille moyenne, ayant toujours joui d'une bonne santé, mais *ayant toujours beaucoup fumé*, vient me consulter pour une induration qui avait débuté au mois de février de la même année par le bord gauche de la langue. Syphilis antérieure. Diagnostic en suspens entre une glossite tertiaire et un épithélioma. Un traitement mixte prolongé aggravant, lève tous les doutes et le malade succombe au cancer dont il a refusé l'ablation. Si le patient eût suivi mon conseil, j'aurais pu l'opérer fructueusement à la fin de novembre dernier.

Observation LVII (Marshall. *Med. Times*). — Henry C..., 59 ans, *fumeur de pipes en terre*. Syphilis antérieure. Oncle mort d'une tumeur maligne de la gorge. Epithélioma de la langue. Ablation le 27 juin 1878 avec l'écraseur des deux tiers de la langue : suites sans accidents autres qu'une légère hémorrhagie. L'examen microscopique confirme le diagnostic d'épithélioma.

Observation LVIII (Guinot). — Le nommé R..., pharmacien, âgé de 54 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 24 février 1875. C'est un homme d'une forte constitution, ne présentant aucune

trace de diathèse. Ses parents ont toujours joui d'une bonne santé : son père vit encore et se porte bien malgré ses 88 ans ; sa mère est morte il y a cinq ans de vieillesse, dit-il, à l'âge de 78 ans. Quant à lui, il a eu un chancre en 1855 qui ne fut suivi d'aucun accident. De plus, il reconnaît une *passion pour le tabac* dont il a fumé jusqu'à 100 grammes par jour en cigarettes le matin, en se levant, et en *pipes* le reste de la journée.

Le malade raconte qu'au mois de juillet 1874, il remarqua sur la partie moyenne de la *lèvre supérieure*, l'apparition de deux boutons à base indurée qui furent opérés avec succès par le bistouri, le 22 novembre 1874.

A partir de ce moment, le bord gauche de la langue devient gênant, puis douloureux sous l'influence de la mastication et de la parole, et par le contact, dit le malade, de l'alcool, la bière et la fumée de tabac.

Traitement anti-syphilitique sans résultat,

Traitement par des caustiques sur la nature desquels le malade ne nous donne aucun renseignement.

Epithélioma de la langue diagnostiqué par M. le professeur Gosselin; ablation par la ligature élastique par M. Delens, en présence de M. Gosselin, le 26 février. Cicatrisation complète le vendredi 10 mars.

Diagnostic de l'état de la tumeur : Etant donné qu'il existe un cancer buccal, il faut examiner avec soin les caractères de la tumeur, les adhérences à l'os et aux parties voisines, l'état des ganglions, l'état général du malade, etc. De là, en effet, découlent les indications opératoires et lorsqu'il y a des ganglions suspects, on doit les extirper. La gravité de l'opération en est accrue,

bien que l'antisepsie ait apporté un grand progrès à ces larges interventions. Dans d'autres cas, l'examen de la tumeur permet d'affirmer la gravité excessive de l'intervention chirurgicale, son impossibilité même et le malade est abandonné comme inopérable. On ne peut plus lui rendre d'autre service que de le soulager.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le cancer des fumeurs est une affection grave ; il aboutit généralement à la mort par cachexie cancéreuse. Sa gravité est variable suivant qu'il a envahi la lèvre, la langue, le plancher de la bouche, le pharynx, l'amygdale, les fosses nasales. La cachexie est plus tardive que pour les néoplasmes qui se généralisent, mais elle est constante, due à la douleur et à l'insomnie qui en résulte, à la gêne mécanique de l'alimentation, à la suppuration, à la perte de la salive, aux hémorrhagies répétées; et le sujet succombe dans le marasme. Plus rarement il est emporté d'une manière aiguë par une hémorrhagie (Foucher, Gosselin), par une broncho-pneumonie.

Ce cancer, quelle que soit sa localisation, abandonné à lui-même, a une marche envahissante plus ou moins rapide, nécessairement fatale. La chirurgie moderne heureusement n'est pas impuissante contre lui et grâce à elle des guérisons ont été obtenues ou tout au moins l'existence du sujet a-t-elle été prolongée de quelques mois, de quelques années.

Le cancroïde de la lèvre est certainement le moins gra-

ve : Il est vrai qu'abandonné à lui-même, il détermine la mort au bout de trois ans et demi en moyenne d'après une statistique de Lebert ; il n'en est pas moins vrai que certains guérissent définitivement après opération. Contrairement à ceux qui en font une maladie bénigne, il ne faut pas tomber dans l'erreur inverse et avec Velpeau, avec Lebert, prétendre qu'après ablation la récidive est aussi fréquente que pour le cancer du sein. Koch, Winiwarter, Kocher, Worner ont publié à cet égard des statistiques étendues et probantes. Environ 36 pour 100 des sujets vivent cinq ans sans récidive, et des opérés de Thiersch, d'Hutchnison ont été suivis pendant quinze et vingt ans. Mon père, le Dr Cortyl, m'a cité le cas d'un sieur X..., qui, opéré par lui il y a 30 ans d'un cancroïde de la lèvre inférieure, est mort 25 ans après d'une toute autre maladie sans avoir jamais présenté de récidive.

Certes le mal peut reprendre l'offensive après des trèves de neuf et dix ans (Koch, Trendelenburg) ; mais c'est un résultat déjà précieux : Il y a loin de là au pronostic du cancer du sein, qui ne donnerait que 4, 7 pour 100 de survies sans récidive au-delà de trois ans. Boyer, A. Cooper avaient donc raison de proclamer la bénignité relative des cancers des lèvres.

On ne peut malheureusement pas en dire autant du cancroïde de la langue qui est une des affections les plus graves qui puissent atteindre l'homme, car l'évolution spontanée du cancer de la langue aboutit invariablement à la mort.

« La première question qui se pose est la suivante : la chirurgie peut-elle quelque chose et peut-on parler de

guérison radicale? M. Richard en doutait, et, en 1857, il a exprimé ses doutes à la Société de chirurgie. En 1880, A. Desprès, plus affirmatif encore, a déclaré que là récidive était constante au bout de deux ans au plus et que les chirurgiens optimistes devaient leurs illusions à des erreurs de diagnostic. Néanmoins on ne saurait révoquer en doute toutes les observations publiées en 1857 par Huguier, Chassagnac, J. Cloquet; en 1880, par Verneuil Trélat, Guyon, Le Dentu, etc. ; à l'étranger par Billroth, par Rose et Schlapfer, etc. Tous ces chirurgiens, dont on ne contestera pas l'expérience clinique, ont vu des opérés survivre sans récidive pendant 3, 4, 6, 8 ans. Ces faits heureux, dont plusieurs sont étayés d'un examen histologique, sont, et de beaucoup, plus rares que pour l'épithéliome labial, mais ils existent ».

« Doit-on les qualifier de guérison radicale ? Certes on devra garder toujours une prudente réserve et ne point oublier les repullulations survenues après 2, 3, 4 ans et plus de parfaite santé. Mais il est difficile de nier le bénéfice que les patients ont tiré de l'intervention (1) ».

« Dans la statistique de Billroth et Wœlfler, 22 pour 100 des opérés qui ont guéri de l'intervention restent sans récidive pendant 3 ans et plus. Cette statistique, il est vrai, semble particulièrement favorable. Mais celle de Th. Anger (et elle date de la période pré-antiseptique, ou les opérations étaient souvent trop parcimonieuses) nous apprend que les opérés ont en moyenne dix mois de vie de plus que les non-opérés. C'est là un

1. Broca, *Traité de chirurgie*, p. 316.

résultat important à bien constater, d'autant mieux que pendant plus ou moins longtemps les patients ont été débarrassés des douleurs, des secrétions fétides »,

« C'est à ce point de vue qu'il faut se placer pour juger les indications opératoires. Sur les cancers de la pointe, sans adénopathie, personne ne discute : l'ablation s'impose, efficace et facile. Mais quand sont envahis soit la base de la langue, soit les ganglions en une masse importante, alors l'abstention à ses partisans. Mais la plupart des opérateurs n'hésitent pas à intervenir si l'acte est anatomiquement possible : Quelques survies inespérées s'observent, de temps en temps ; et souvent on publie, pour quelques semaines ou quelques mois, les troubles fonctionnels sans cela atroces (1) ».

Ces quelques considérations de M. Broca nous montrent combien noir est le pronostic du cancer de la langue. Les quelques résultats opératoires relativement heureux qu'il cite sont malheureusement rares, exceptionnels même, aussi ne sommes-nous pas étonné de lire dans son traité de chirurgie clinique, ces mots de M. le professeur Tillaux sur le cancroïde lingual : « Ce qu'il y a de lamentable, dit-il, c'est que malgré tout, même après les opérations en apparence les plus complètes, la récidive survient fatalement et à bref délai. Pour mon compte je n'ai pas encore vu d'exception à cette règle décourageante ».

Aux lèvres et à la langue, le cancer des fumeurs récidive soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions, soit

1. Broca. *Traité de chirurgie*, p. 317.

dans les deux à la fois. La récidive linguale peut atteindre le plancher buccal, le pharynx et l'amygdale. Dans ces cas, quand on juge la tumeur nouvelle anatomiquement opérable, il faut l'opérer et on obtient quelquefois des survies remarquables par l'ablation des ganglions plus ou moins tardivement dégénérés, la cicatrice linguale restant indemne.

Le pronostic n'est pas plus favorable dans les cas de cancers du plancher buccal, du pharynx, de l'amygdale; il serait au contraire plus grave attendu que dans la plupart de ces cas, l'intervention chirurgicale n'est pas possible. Ces malades sont encore exposés, non seulement à la pneumonie identique à celle du cancer de la langue, mais de plus à l'asphyxie due au volume de la tumeur ou à l'œdème de la glotte, toutes causes de mort rapide.

CHAPITRE VII

Traitement

I. — TRAITEMENT MÉDICAL.

Le traitement essentiellement médical, préconisé autrefois alors qu'on n'osait intervenir, est complètement délaissé aujourd'hui ; il faut faire exception cependant pour ce qui est des injections interstitielles médicamenteuses et celles de liquides organiques, dont l'étude est poussée avec ardeur actuellement et dont nous parlerons dans ce chapitre.

Autrefois Cloquet, Larrey, Richet, puis Verneuil, ont dit avoir eu quelques résultats palliatifs par l'administration de l'arsenic ; plus récemment, Verneuil a conseillé de soumettre les opérés à cette médication, qui préviendrait. jusqu'à un certain point, la récidive. En tout cas, on ne connaît pas d'inconvénient à cette manière de faire.

II. — INJECTIONS INTERSTITIELLES.

Ce sujet a été très bien traité par M. Scémama de Giallouly dans sa thèse de doctorat en 1895.

« Pendant ces dernières années, écrit-il, l'extirpation semblait être la méthode de choix, mais les récidives, la possibilité d'une origine parasitaire du cancer, le succès de la sérothérapie, ont fait espérer la guérison soit par les antiseptiques, soit en produisant une régression dégénérative. Enfin, certains cliniciens, brûlant une étape, ont essayé la sérothérapie sur la simple probabilité qui ferait du cancer une maladie parasitaire ».

« Les injections furent faites d'abord sans aucune idée bien nette ; mais aujourd'hui elles sont la conséquence d'idées propres à chaque tentative et on peut par conséquent les diviser suivant l'idée qui leur a donné naissance et la matière employée ».

On peut les diviser en deux grandes classes :

1° Les injections de liquides chimiques ;

2° Les injections de liquides organiques.

« Les premières ont été faites dans le but : 1° ou de produire une dégénérescence, ou une destruction des néoplasmes ; 2° ou sur l'influence des doctrines parasitaires de tuer les parasites ; 3° ou encore d'agir dans cette double direction » (1).

Acides acétique, chromique, salycilique, chlorhydriques; chlorure de zinc, huile phosphorée, nitrate d'argent, arséniate de soude, chlorure d'or, acétate d'ammoniaque, acide osmique, sublimé, trichlorate d'aniline, violet de méthyle, brome, alcool, alcool et éther sulfurique, furent successivement employés en injections par M. de Gial-

1. Scémama de Giallouly : *Sur le traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées*. Th. doct. Paris, 1895.

louly, qui publie vingt-sept observations de malades ainsi traités. Mais ce traitement, de l'aveu même de l'auteur, s'il a donné quelques rares améliorations passagères, n'a jamais procuré de guérison, et par conséquent on ne doit pas jusqu'à présent du moins considérer les injections de liquides chimiques comme un moyen curatif.

« Les injections de liquides organiques qui furent essayées dans le traitement du cancer sont de trois espèces : 1° les injections de sérum de sujets vaccinés ou immunisés ; 2° de toxines quelconques préparées par la méthode générale d'Armand Gautier ; 3° de cancroïne, liquide alcalin obtenu par l'écrasement d'une tumeur épithéliale fraîche prise et traitée avec la plus grande antisepsie possible, et l'adjonction d'un peu d'eau stérilisée, le tout étant filtré avec soin. »

Si nous ajoutons à cela les injections streptococciques (érysipèle) le tableau sera complet. M. de Giallouly cite soixante-quatorze observations de malades injectés avec ces différents liquides organiques ; quelques-unes signalent une amélioration sensible, mais nous ne trouvons aucun exemple de guérison même momentanée.

D'après ce rapide exposé de la question des injections anti-cancéreuses, les conclusions suivantes de M. de Giallouly semblent absolument fondées :

« On peut voir, dit-il, d'après l'étude qui précède que « les résultats ont été peu satisfaisants. Néammoins on « peut avancer que dans quelques cas, elles ont une ac- « tion psychique et matérielle (durcissement) qui n'est « pas à dédaigner ».

« Nous conclurons donc: 1° aucun cas de guérison

n'a été obtenu ni par les injections de liquides chimiques, ni par celles de liquides organiques; 2° ces injections peuvent avoir quelques avantages dans les cas inopérables, comme palliatifs; 3° Les injections qui ont donné le meilleur résultat et qui offrent le moindre danger, sont les injections d'alcool. »

« Nous disons donc que toutes les fois que l'on voudra produire l'arrêt d'un écoulement fétide, un certain durcissement de la tumeur, en même temps qu'un effet psychique sur un malade inopérable, on devra chercher l'injection qui donnera ces résultats avec les minimums de douleur et de danger. On pourra réaliser ce désir par une injection interstitielle d'alcool » (1).

Observation LIX (E. Magnant). — (Communication faite à la séance solennelle de la Société de médecine de Nancy). — Un cultivateur de 62 ans, demeurant à Avranville (Meuse), est un grand fumeur, habituellement bien portant, il se sert de pipes en terre à courts tuyaux, de la pipe appelée vulgairement brûle-gueule.

Depuis deux ans il porte un bouton induré à la lèvre inférieure, tout près de la commissure droite. Ce bouton s'est agrandi et l'induration a envahi profondément la lèvre dans son tiers externe droit. En arrachant les tissus fongueux avec une pince à mors, on découvre une ulcération creuse, saignante, et qui ne tarde pas à se couvrir de nouvelles fongosités.

Jusqu'alors les ganglions sous-maxillaires ne sont pas indurés. Inquiet à juste titre de cet état, le malade vient me con-

1. Secmama de Giallouly. *Th. doct. Paris*, 1895.

sulter le 14 février 1892. Je lui fais une injection de lymphe humaine prise sur un jeune homme de 19 ans d'une bonne santé habituelle.

L'aiguille introduite sous la lèvre dans le pli bucco-mentonnier, est dirigée vers les tissus malades.

Le 19 avril suivant, l'amélioration est grande ; mais il reste encore une ulcération et des parties indurées vers le centre de la lèvre. Une nouvelle injection d'un gramme est faite avec les mêmes précautions que la première fois.

Je revois cet homme le 10 juin dernier, la cicatrisation est complète ; il ne reste plus aucune trace du cancroïde.

A la suite de cette communication, M. le Dr Magnant de Gondrecourt (Meuse) fait les remarques suivantes : « Certainement, dit-il, je ne donnerai pas ce résultat « comme une guérison merveilleuse. Je suis persuadé « qu'avec les caustiques, notamment avec la pâte arsé- « nicale, on aurait obtenu la cicatrisation de cet ulcère. « J'ai moi-même à mon actif de nombreux succès dus à « l'emploi du caustique arsénical ».

« Cependant le résultat dont je viens de parler mérite « considération. Car c'est une nouvelle voie médicale « aujourd'hui à peine tracée et qui, j'ose l'espérer, sera « peut-être, comme les chemins de fer, la voie de l'ave- « nir. Aussi est-ce à ce titre que je vous ai soumis cette « observation » (1).

Nous n'avons pas trouvé que jusqu'ici l'appel fait par M. le Dr Magnant ait rencontré beaucoup d'échos.

1. Séance de la société de médecine de Nancy. *Revue méd. de l'Est*, 1892, pages 404 et 405.

La question du traitement du cancer par les sérums est encore tellement incertaine, qu'elle est inscrite au numéro deux de la section IX (chirurgie) du *prochain congrès international des sciences médicales à Moscou :* méthodes de traitement sans opération des néoplasmes malins, et, en particulier, les résultats de leurs traitements par la sérothérapie.

III. — Traitement par les caustiques.

Très communément préconisé autrefois, ce traitement est actuellement conservé comme une tradition par un petit nombre de médecins, spécialement dans les campagnes.

Les deux matières le plus souvent employées sont d'une part l'orpiment jaune ou sulfure jaune d'arsénie impur, et d'autre part diverses racines caustiques appliquées à l'état frais ; la plus connue paraît être la souche d'hellébore noir.

Selon l'étendue du néoplasme, on introduit un ou plusieurs fragments du volume d'un grain de blé ; une ponction faite au bistouri en ménage l'introduction comme on le faisait jadis pour les flèches de pâte de Canquoin : la difficulté est de bien distribuer les fragments de caustique, puis de les introduire à une profondeur suffisante et enfin de les empêcher de tomber. Dès le jour même apparaît habituellement la douleur qui, très intense, détermine l'insomnie pendant huit à dix jours. Il faut ensuite attendre pendant une seconde semaine pour que l'es-

chare noire, sèche et momifiée, s'élimine ; il reste ensuite à donner à la plaie les soins de banalité.

Ce traitement donne parfois des résultats mais au prix de douleurs telles qu'un chirurgien ne songera jamais à le substituer à l'exérèse commune, même quand on fait suivre celle-ci de quelques points de suture. Par ailleurs la méthode des caustiques n'est applicable que pendant la première période de l'évolution du néoplasme ; il n'y a plus lieu de l'opposer lorsqu'il y a propagation aux ganglions lymphatiques de la région.

IV. — Traitement chirurgical.

1° *Lèvres.* — « Il faut, écrit M. le professeur Tillaux, enlever la tumeur le plus tôt et aussi radicalement que possible : le plus tôt possible, car on a chance d'arriver avant le commencement de l'infection ganglionnaire, et radicalement, afin de ne laisser aucune traînée épithéliale. Si les ganglions sous-maxillaires sont atteints, l'opération n'est complète et n'est légitime que si on les enlève en même temps que la tumeur. Ce qu'il faut éviter par dessus tout, ce sont les demi-mesures, telles que les cautérisations légères, qui ne font qu'activer la marche de la maladie, d'où le nom de *noli me tangere* ».

« Le procédé d'extirpation est, en général, des plus simples et varie d'ailleurs suivant l'étendue de la lésion. S'il n'existe qu'un simple bouton bien limité, du volume d'un pois, par exemple, et ne dépassant pas le tissu muqueux de la lèvre, il suffit de l'enlever d'un coup de ci-

seaux courbes. Si la tumeur est plus volumineuse, mais que cependant une partie du bord libre soit saine, il faut, la lèvre étant préalablement bien tendue par un aide qui comprime en même temps les coronaires au niveau des commissures, il faut, dis-je, circonscrire la tumeur par deux incisions latérales qui se rejoignent au-dessous d'elle de façon à former un V. Les deux lèvres de la plaie sont ensuite rapprochées et réunies par première intention. L'ouverture de la bouche paraît d'abord singulièrement rétrécie, mais elle s'agrandit avec le temps, et c'est à grand peine que l'on aperçoit les traces d'une opération, si la suture a été bien faite ».

« Si le cancroïde était fort étendu en largeur et occupait la lèvre presque d'une commissure à l'autre, on serait contraint de ne pas réunir et de panser à plat. Enfin, si la lèvre est complètement envahie jusqu'à sa base et d'un côté à l'autre, il est nécessaire de boucher immédiatement la large brèche par une autoplastie. Le meilleur procédé, le seul même à employer, est celui de Chopart : faire partir de chaque angle de la plaie une incision verticale allant jusqu'à l'os hyoïde; disséquer ce vaste lambeau carré, le relever jusqu'à ce que son bord supérieur réponde aux commissures, et le suturer dans cette position. Le résultat immédiat de cette opération est très satisfaisant, car la perte de substance est exactement comblée : mais plus tard le lambeau se colle sur le maxillaire, se rétracte, et, comme son bord libre n'est pas recouvert de muqueuse, il reste immobile, ne retient que très incomplètement la salive et ne saurait remplir l'office de la lèvre. Il est bien entendu que les ganglions lymphatiques

seront enlevés par une incision indépendante, pratiquée au niveau du cou » (1).

Observation LX (Personnelle). — Charles B..., 79 ans, cantonnier au chemin de fer pendant 15 ans à Bailleul, est fumeur depuis l'âge de 14 ou 15 ans, il fume la pipe de médiocre longueur avec embouchure en terre laquelle n'est garnie de fil que depuis une année environ.

Vers la fin de juillet 1892 débuta chez lui un cancroïde de la commissure qui entraîna son entrée à l'hôpital de la Providence de Bailleul le 26 septembre 1892.

A l'examen on constate un épithélioma ulcéré de la commissure gauche des lèvres empiétant un peu plus loin sur la face muqueuse de la lèvre supérieure et au contraire envahissant plus spécialement la surface cutanée de la lèvre inférieure La surface bourgeonnante de l'ulcère est d'un rouge vif, finement granuleux avec quelques taches d'un blanc presque laiteux qui toutes sont de petite dimension et de siège très superficiel. Le pourtour est saillant et donne à l'ensemble de l'ulcère une largeur qui est presque double de la largeur du bord libre des lèvres qui avoisinent le néoplasme.

La consistance est uniformément dure, mais la palpation démontre que le néoplasme est très peu épais (environ 2 à 3 millimètres) dans la portion qui répond à la lèvre inférieure, tandis qu'il est d'une épaisseur plus que double (4 à 6 millimètres) dans la portion qui répond à la lèvre supérieure. Derrière cette plaie se trouve tantôt la dent canine, tantôt la dent deuxième prémolaire, selon le jeu des mouvements du visage, les deux dents présentent des bords tranchants qui

1. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, 1894, p. 323.

déterminent une irritation incontestable à la surface et au pourtour de l'ulcère.

Il n'y a aucune trace d'adénite secondaire.

Il n'y a que peu de douleurs lancinantes, peu aiguës et survenant à de rares intervalles. L'état général est bien conservé, l'appétit est intact, les digestions sont régulières et le sommeil excellent.

M. le Dr Guermonprez procède à l'opération le 1er octobre. Le malade étant bien endormi et tandis qu'un aide comprime fortement entre le pouce et l'index les deux lèvres et les joues à un centimètre environ au-dessus de la commissure, il enlève toute la partie malade par une section en V faite avec des ciseaux. Les artères coronaires labiales ayant été coupées, on assure l'hémostase avec des pinces hémostatiques. On réunit ensuite les deux lèvres de la plaie à l'aide de trois points de suture en ayant soin de ne pas perforer la muqueuse buccale et surtout de contourner avec le crin de Florence les artères coronaires pour assurer une hémostase complète et définitive.

Enfin après avoir enlevé les deux dents signalées comme cause probable de la localisation, on recouvre la plaie d'une double couche de collodion et de tarlatane.

La nuit qui suivit l'opération fut excellente. Non seulement le malade n'eût pas de fièvre, mais il dormit mieux que jamais. Enfin après une huitaine de jours passés à l'hôpital sans aucun accident, il rentre chez lui complètement guéri.

La cicatrice ne produit pas de difformité importante : elle va se perdre dans le pli naso-jugo-labial gauche et est en grande partie masquée sous la terminaison de la moustache de ce côté.

L'examen des coupes après durcissement dans l'alcool et co-

loration avec l'hématoxyline montre qu'il s'agit d'un épithélioma. Le point de départ de la végétation épithéliale paraît avoir été au niveau de la commissure; c'est là en effet que les lésions sont plus prononcées et que le processus ulcéreux a acquis sa plus grande intensité. A une petite distance de la commissure, le revêtement épithélial de la muqueuse des lèvres reparaît avec ses caractères habituels, tandis qu'il est détruit dans tout le fond de la commissure et à ce niveau, ainsi que dans le voisinage, la surface du néoplasme est constituée par des végétations épithéliales en voie de désagrégation. En bourgeonnant dans l'épaisseur des lèvres, les masses épithéliales ont pris une forme cylindroïde irrégulière et leurs éléments ne subissent pas de transformation cornée. On ne trouve pas de globes épidermiques dans les masses épithéliales de nouvelle formation, ni dans les anciennes. Le tissu conjonctif au voisinage du néoplasme présente des indices de proliferation rapide et abondante des cellules conjonctives de la région et de leucocytes. Ces éléments embryonnaires forment une zone assez épaisse qui sépare les végétations épithéliales du tissu conjonctif embryonnaire. On voit autour du néoplasme du tissu complètement sain ce qui prouve que l'opération a été faite largement et fait espérer une guérison radicale.

J'ai revu le malade dix mois après l'intervention : la cicatrisation est parfaite et il n'y a pas de récidive (août 1893).

Mars 1894. — Récidive ; il se forme une tumeur cancéreuse qui ne tarde pas à envahir toute la région parotidienne ; aucune intervention chirurgicale n'est possible et le malade, abandonné à son triste sort, succombe au mois d'août 1896.

2° *Le maxillaire est envahi.* — « Lorsque la lèvre est dètruite, le pèrioste atteint, l'os envahi, et qu'il existe sous la mâchoire une masse ganglionnaire indurée et partout adhèrente, je pense, dit M. le professeur Tillaux (1), qu'il convient de s'abstenir, car on est certain de ne pas enlever la totalité du mal. »

Certains chirurgiens ne croient cependaut pas devoir se résigner dans cette circonstance ; le malade abandonné ne comprend que trop l'issue certaine et prochaine de son mal. On peut tenter une dernière intervention chirurgicale surtout lorsqu'on tient compte d'un certain nombre de cas de survie, qui rendent au moins temporairement une part de consolation et d'espoir.

Observation LXI (Personnelle). — L. D..., cultivateur dans les environs de Lille, est un fort vieillard de 65 ans. Il fume modérément, presque exclusivement la pipe en terre de taille moyenne. Il se rappelle s'être mordu la lèvre inférieure en mangeant du pain et attribue à cette cause l'apparition sept ans après d'un petit bouton situé à la face interne de la lèvre inférieure au niveau du sillon de la lèvre et du maxillaire. Le Dr S..., appelé à cette époque, constata la mauvaise nature de ce bouton et en fit l'ablation au bistouri.

Deux ans après, au mois de janvier 1893, le barbier fait observer au sujet qu'il présente une portion de la joue épaissie et indurée : Cette tumeur s'accroît de plus en plus et sans douleur, ce n'est qu'au mois de mai que le malade ressent de temps en

1. Tillaux. *Traité de chir. clinique*, 1854, p. 322.

temps des douleurs lancinantes, ce qui n'empêche pas cependant la mâchoire de bien fonctionner et ne nuit en rien à la mastication. Enfin au mois de juin, le mal faisant des progrès, le malade se décide à demander l'aide du chirurgien.

A ce moment l'examen du sujet permet de constater une tumeur du maxillaire inférieur, située sur le corps de l'os et faisant une saillie très prononcée à la partie inférieure de la joue droite. Elle commence à deux centimètres environ de la symphise du menton et s'étend presque jusqu'à la branche montante.

Le 3 juin M. le Dr Guermonprez en pratique l'ablation : Le chirurgien fait son incision au milieu du menton et la prolonge au bord libre de la lèvre à l'os hyoïde ; puis décollant avec soin les parties molles du corps du maxillaire, il arrive à la tumeur. Il détache en même temps la glande sous-maxillaire qui est fortement hypertrophiée et qui semble faire corps avec la tumeur sus-jacente. Enfin après avoir lié l'artère faciale et décollé la gencive de la face postérieure de l'os, le périoste est incisé et le maxillaire du côté du menton à l'aide de la scie à chaîne. Le chirurgien cherche ensuite à sectionner la portion osseuse malade de l'autre côté à l'aide des cisailles, mais l'os ne se laisse entamer qu'à sa partie inférieure et son bord alvéolaire épaissi au niveau de la dent de sagesse résiste à ses efforts. Reprenant alors la scie à chaîne, tandis qu'un aide maintient fortement l'extrémité de l'os, il ne tarde pas par ce moyen à enlever complètement la portion osseuse malade sans avoir luxé l'articulation temporo-maxillaire. Enfin après avoir assuré l'hémostase et avoir largement lavé la région au sublimé et à l'eau phéniquée, la plaie est refermée et le tout recouvert d'un pansement antiseptique.

Les suites de l'opération furent excellentes : le malade, dont la température resta inférieure à 38°, put se lever le troisième jour, et quinze jours après il quittait la maison de santé guéri.

A peu de temps de distance, le même chirurgien a fait une opération très analogue sur un voisin à peu près du même âge que le premier. L'opération a donné un résultat primitif tout aussi satisfaisant; l'un des deux opérés a survécu deux ans, l'autre existe encore.

3° *Langue*. — 1° Doit-on opérer l'hépithéliome de la langue ?

On conçoit qu'on ait pu se poser cette question en présence de certains cas dans lesquels il semble que l'opération ait accéléré la marche de la maladie, mais les faits de ce genre sont exceptionnels et il ne paraît pas douteux que l'intervention soit utile lorsqu'elle est opportune et complète. Cependant, il faut bien savoir que l'épithéliome de la langue est un de ceux qui récidivent le plus fatalement et le plus rapidement, en sorte qu'en réalité la plupart des opérés ne retirent qu'un court bénéfice de l'opération.

2° Doit-on opérer tous les épithéliomes de la langue ?

Certainement non. Il ne faut agir que si l'affection est nettement limitée, si on est certain par conséquent d'enlever complètement et au-delà la totalité du mal ; dans les autres cas il faut s'abstenir et se contenter d'un traitement palliatif.

3o Comment faut-il intervenir ?

Le chirurgien devra s'inspirer des indications fournies par chaque cas particulier, car il n'existe pas de procédé opératoire applicable à tous les sujets. De nombreux procédés en effet ont été appliqués au traitement du cancroïde lingual, et on en trouvera l'énumération dans les traités spéciaux de médecine opératoire. Nous nous contenterons de décrire celui que M. le professeur Tillaux considère comme le meilleur.

Avant d'aborder le procédé opératoire, M. le professeur Tillaux (traité de chirurgie clinique) discute d'abord la question d'instruments : « L'écraseur linéaire, dit-il, a joui d'une grande faveur à l'époque de Chassaignac, mais il n'est pas souvent applicable, car il faut pour cela que la tumeur soit préalablement pédiculée ; cependant il convient très bien à quelques cas que je déterminerai plus loin. Le thermo-cautère Paquelin est très à la mode actuellement, et, comme tout le monde, je me sers journellement de ce très ingénieux instrument ; néanmoins je suis décidé à y renoncer pour ce cas particulier, où il présente, à mon sens, des inconvénients sérieux, et ne donne qu'une fausse sécurité. En effet, s'il met à l'abri de l'hémorrhagie primitive, à condition toutefois d'être très bien manié, il favorise l'hémorrhagie secondaire qui se produit à la chute des eschares, du quatrième au sixième jour. De plus, il brûle souvent les lèvres, les joues, et, dans tous les cas, est suivi, pendant les deux ou trois jours qui suivent l'opération, d'un gonflement inflammatoire de langue très pénible pour le malade et qui gêne la respiration ».

« Je suis revenu, pour mon compte, à l'usage du bistouri, ou mieux des ciseaux, mais après avoir cerné la tumeur avec les longues pinces à forcipressure de Péan, qui rendent les plus grands services dans le cas particulier. La section est exsangue, et si l'on retire les pinces, il est facile le plus souvent de mettre un fil sur le vaisseau ouvert, de le tordre ou d'y appliquer une petite pince hémostatique qui reste vingt-quatre heures en place. »

La suture est préférable, car elle permet la possibilité de la réunion immédiate et de plus, comme l'a dit récemment M. Terrier, elle a l'avantage de fermer hermétiquement la porte d'entrée aux microbes pyogènes qui iraient causer dans les ganglions, jusqu'alors à peine ou pas malades, ces poussées graves si fréquentes naguère.

Lorsqu'on est en présence d'un épithéliome petit, récent et limité, occupant la pointe de la langue et n'ayant pas encore, presque à coup sûr, provoqué d'engorgement ganglionnaire, de tout temps la conduite chirurgicale a été bien simple : d'un coup de ciseaux ou de bistouri on abat la partie malade et après ablation de ce fragment en V, on suture les bords de la plaie.

Lorsque l'épithéliome occupe le milieu de la langue, il est, en général, encore possible de l'atteindre par la voie buccale. Il faut alors attirer fortement la langue au dehors avec un fil solide passé dans l'organe : ce procédé est préférable aux pinces qui contusionnent la langue et provoquent ultérieurement un certain degré de glossite, tandis que le passage du fil ne laisse aucune trace. La langue étant ainsi maintenue hors de la bouche, s'il s'agit d'un épithéliome étendu en surface sur le dos de la langue,

enfoncez, dit M. Tillaux, de fortes aiguilles au dessous de la tumeur en dépassant largement les limites, et disposez-les en croix (+), introduisez une chaîne d'écraseur au dessous des broches et divisez très lentement le pédicule ainsi formé, en avançant de deux crans par minute ».

« Plus souvent l'épithéliome du milieu de la langue est étendu en profondeur et forme une masse nettement isolée, occupant toute l'épaisseur de l'organe et s'avançant jusqu'à la ligne médiane qu'elle déborde parfois. Mais en attirant fortement la langue, la tumeur est facilement accessible, et fait presque complètement saillie au dehors. Employez dans ce cas les grandes pinces hémostatiques de Péan ; appliquez en deux ou trois, suivant les besoins, dans le sens antéro-postérieur, horizontal et transversal ; divisez avec le bistouri ou les ciseaux la partie ainsi circonscrite et enlevez les pinces. Assurez l'hémostase et faites la suture qui a l'avantage de rapprocher les bords de la plaie et surtout d'arrêter l'hémorrhagie en nappe, même celle fournie par les artères trop enfoncées dans la langue pour qu'on les puisse saisir. »

Lorsque le cancer siège loin, à la base de la langue, si le plancher buccal est intact, et s'il n'y a pas de ganglions, on opère de la même façon que précédemment, après avoir eu soin néanmoins d'agrandir suffisamment l'orifice buccal et pratiqué au besoin une incision commissurale allant jusqu'au massèter. Mais habituellement la langue est envahie jusqu'à l'épiglotte et il existe des ganglions sous-maxillaires plus ou moins volumineux, mais mobiles et énucléables. Il faut alors commencer

par faire la ligature de l'artère linguale du côté correspondant, et par cette même incision, au niveau de la région parotidienne, enlever tous les ganglions malades. » Puis cette opération préliminaire terminée, on attaque, par les voies naturelles, la langue dont on enlève la portion malade avec des ciseaux.

Certains chirurgiens, Verneuil surtout, objectent que, par cette manière de faire, on enlève bien les deux foyers néoplasiques principaux, mais que l'on conserve, avec le plancher buccal, les traînées lymphatiques qui les réunissent et qui sont dangereuses. Le mieux est donc, si l'on ouvre la loge sous-maxillaire, de continuer hardiment par là, de désinsérer le plancher buccal le long de la mâchoire et d'attirer au dehors par cette large brèche la langue que l'on amputera en dépassant de loin les limites du mal. Cette voie sus-hyoïdienne, employée par Regnoli, par Maisonneuve, a été remise en honneur par Verneuil, Billroth, Kocher. L'incision varie : tantôt unilatérale, parallèle au bord inférieur de la mâchoire ; tantôt en une ligne brisée symétrique par rapport à la ligne médiane.

4° *Isthme du gosier. Pharynx. Amygdale.* — Lorsque le cancroïde a son point de départ au niveau de l'isthme du gosier, dans les piliers du palais ou dans l'amygdale, l'intervention est difficile, généralement impossible.

Si l'épithélioma est superficiel, si la muqueuse et le tissu sous-muqueux sont seuls pris, enfin s'il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire, il sera relativement facile d'enlever la tumeur au bistouri, à condition d'avoir eu

soin de pratiquer l'incision préliminaire commissurale, incision horizontale étendue de la commissure buccale au bord antérieur du masséter.

Si, au contraire, l'amygdale, les piliers, les ganglions sous-maxillaires, constituent une tumeur unique indurée, faisant saillie dans la bouche et sur les parties latérales du cou, l'intervention sera des plus compliquées et des plus graves. « Voici le manuel opératoire : 1° pratiquer d'abord la trachéotomie, afin d'éviter la chute du sang dans la trachée au cours de l'opération et de pouvoir continuer l'anesthésie en faisant respirer le chloroforme par la canule ; 2° lier la carotide externe à son origine et mettre un fil d'attente au-dessous de la carotide interne ; 3° enlever la portion du maxillaire inférieur correspondant à la tumeur ; 4° pénétrer alors dans la bouche, saisir la masse avec le doigt, un crochet, des pinces à griffes, et la détacher à coup de ciseaux ou de bistouri ; 5° introduire une sonde à demeure dans l'estomac pour pouvoir alimenter le malade ».

« Cette opération, nous dit M. Tillaux, présente des réelles difficultés, un danger sérieux, et, si l'on songe qu'en cas de guérison le malheureux patient est sous le coup d'une récidive très probable et à une courte échéance, on est, à mon avis, peu tenté de la conseiller et de la pratiquer ».

B) *Traitement palliatif.* — Dans les cas de cancers inopérables, un traitement palliatif bien dirigé peut rendre de réels services.

On aura soin d'arracher les dents cariées et pointues, d'interdire évidemment l'usage du tabac, d'ordonner des

aliments mous et non irritants, de prescrire des lavages buccaux fréquents, d'appliquer sur les ulcèrations détergées des poudres antiseptiques et narcotiques. Butlin, par exemple, préconise une poudre où il associe le chlorhydrate de morphine, le borax et l'iodoforme.

Il faudra de plus combattre la douleur par des narcotiques appliqués directement sur l'ulcèration ou administrés en injections hypodermiques. Certains auteurs anglais ont tenté, lorsque les souffrances sont vives, de les faire cesser par la section du nerf lingual; mais les résultats obtenus ne sont guère encourageants.

Contre la dysphagie, on mettra une sonde à demeure, introduite par l'une des narines; si l'asphyxie est menaçante, il faudra avoir recours à la trachèotomie.

Enfin on luttera efficacement contre les hémorrhagies à l'aide des styptiques, de glace, de la compression sur l'ulcération ou sur la carotide. Au besoin on liera une des linguales, les deux si c'est nècessaire, ou la carotide externe. Mirault cite un cas d'atrophie de la tumeur à la suite de ces ligatures, mais c'est un fait exceptionnel, c'est tout au plus si la tumeur s'affaisse et encore pour peu de temps (Roux, Demarquay, P. Broca).

CHAPITRE VIII

Prophylaxie

La prophylaxie est basée sur l'étiologie. Il faut par conséquent faire connaître de plus en plus aux herpétiques et aux héritiers de cancéreux, quels sont les dangers auxquels ils s'exposent lorsqu'ils choisissent du tabac de planteur ou des tabacs très médiocres comme en offre la contrebande.

Les fumeurs de pipes devraient avoir pour idéal le narghilé, employé dans les pays orientaux ; Ils pourraient se servir de pipes à réservoir inférieur pour y arrêter et y conserver la nicotine, du modèle des pipes Alsaciennes par exemple. Il faut prendre soin d'en assurer l'entretien, par des nettoyages soit à l'alcool soit, et mieux encore, à l'éther (ou faute de mieux à l'essence de pétrole.) — Quand la pipe est en terre, il convient de préconiser le tube de grande longueur. Pour protéger les dents dont l'usure est rapide en raison de la consistance très dure de la terre de pipe, il convient d'enrouler du fil autour de la portion intra-buccale du tuyau. Par ces précautions la chaleur sera moins intense et un

élément irritatif sera sinon supprimé, du moins notablement diminué.

Les inconvénients du poids de la pipe doivent tendre à faire rejeter l'usage de la pipe en terre et aussi le choix de la pipe avec un pot allongé de procelaine. Rien n'est plus funeste que l'habitude de la pipe courte et en terre : c'est elle qui accumule le plus les inconvénients de la pesanteur, de la chaleur et du copieux transfert du jus. Encore peut-on en diminuer les inconvénients soit en y enroulant un bout de fil soit, et mieux, en y ajoutant un bout d'ambre. La pipe qui a le moins d'inconvénients est faite d'écume de mer et porte un bout d'ambre. La pipe de bois et spécialement de mérisier lui est comparable. Nous avous vu un instrument extrêmement économique et qui a, du moins, l'avantage d'être très léger : c'est une pipe de pêcheurs bretons, elle est improvisée par eux sans autre matière première qu'une pièce de mandibule de crâbe, de homard ou de langouste. Cet instrument a un très grave inconvénient : c'est le plus court que nous connaissions et par conséquent celui qui transmet le plus de chaleur à la bouche du fumeur.

M. Guermonprez (1) compare l'action irritative du tabac aux autres motifs de localisation du cancer ; il ne considère pas le tabac comme un élément étiologique spécifique : il se sépare des auteurs qui ne tiennent pas compte des éléments de propagation par contage. Il admet que la transmission du cancer est extrêmement

1. Guermonprez, *Société des Sciences méd. de Lille*. Séance du 18 mars 1896.

rare ; il attribue la principale importance aux verres des cabarets mal tenus ou très pauvres. Le verre, quelquefois remplacé par de la faïence, est trop souvent ébréché à son bord libre, il n'est jamais purifié par l'ébullition, il n'est pas même nettoyé par frottement et soumis à l'essuyage ultérieur au moyen d'un linge. Le verre d'un consommateur précédent est trop souvent livré au consommateur suivant sans autre soin que celui d'avoir été plongé dans une cuvette métallique, dont l'eau est renouvelée à de rares intervalles ; ce verre est ensuite déposé sur l'égouttoir, où il séjourne un temps variable, et conserve les débris adhérents et séchés de la salive et de la sanie, éventuellement laissés d'une manière inconsciente par un fumeur atteint d'un cancroïde de la lèvre. Pour un fumeur prédisposé par l'âge et l'herpétisme, devenu négligent par la fatigue de sa journée de travail, les dangers de ce contage médiat ne sont pas rares.

M. Guermonprez propose : 1° d'interdire l'usage des verres ébréchés sur le bord ; 2° d'imposer le lavage des verres à l'eau courante avec un tuyau de décharge perdu sous le sol ; 3° de supprimer tout égouttoir ; 4° de suspendre le linge de l'essuyage des verres en vue du consommateur, qui pourra juger du degré de propreté du débit de boissons auquel il s'adresse.

Conclusions

1° Le cancer des fumeurs est relativement fréquent ; son importance, exagérée peut-être par Bouisson, paraît avoir été, sinon méconnue, du moins trop peu appréciée, par plusieurs chirurgiens contemporains ;

2° Le cancer des fumeurs, quel que soit son siège, est presque toujours un épithéliome lobulé ;

3° Chez les fumeurs, le cancer se localise de préférence dans les points de l'organisme qui subissent le plus spécialement les actions irritatives qui leur sont particulières ;

4° La pipe courte en terre et fumée jusqu'au fond est l'instrument le plus souvent mis en cause par les fumeurs cancéreux ;

5° Le tabac le plus irritant paraît être celui qui détermine le plus grand nombre de cancers ;

6° Certaines régions territoriales paraissent plus particulièrement éprouvées comme si le cancer y était endémique ;

7° La contagion médiate paraît n'être pas impossible par la pipe elle-même. Elle est, peut-être, plus fréquente

par les conditions de propreté insuffisante des verres à boire mis en usage dans les estaminets peu soignés.

8° La localisation la plus commune du cancer des fumeurs est celle de la lèvre inférieure, exactement en face du groupe des dents érodées et usées par le contact prolongé de la pipe.

9° Lorsque le fumeur n'a plus de dents, ou bien lorsqu'il manque de celles dont il a besoin pour soutenir la pipe, la localisation du cancer ne se fait plus à la lèvre ; elle est située plus profondément : Chez certains fumeurs, elle est à la base de la langue ; chez d'autres elle est à l'amygdale : Toujours c'est du côté où le fumeur a coutume de placer sa pipe ; toujours le néoplasme commence à un centimètre environ en arrière de l'orifice de sortie de la fumée.

1° La récidive est plus fréquente et plus rapide si le fumeur n'abandonne pas définitivement l'usage du tabac.

Cette récidive se fait communément dans les ganglions sous-maxillaires, sous-sterno-mastoïdiens, alors même qu'il n'y a pas de récidive ni buccale, ni pharyngienne.

11° Le pronostic réellement grave de ces cancers a pour conséquence l'utilité de faire un diagnostic précoce.

12° Jusqu'à ce jour, les injections des liquides chimiques et des liquides organiques n'ont donné aucun résultat suffisant. On a signalé quelques améliorations minimes et transitoires, mais on n'a pas encore obtenu de véritables guérisons.

13° Les injections interstitielles d'alcool pourront être employées dans les cas tardifs, inopérables ; elles ont l'avantage de produire chez ces malades, quelquefois une

amélioration des symptômes fonctionnels, toujours un effet psychique très salutaire.

14° Le traitement chirurgical de ces cancers est le seul qui soit connu pour donner de véritables résultats. L'enlèvement de la tumeur et des adénites secondaires devra être pratiqué aussi rapidement et aussi largement que possible.

15° Chez les sujets prédisposés par hérédité, il convient de conseiller de choisir le narghilé ou bien une pipe en bois ou une pipe avec un bout d'ambre, de ne pas fumer jusqu'au fond, de choisir un tabac aussi peu âcre que possible et d'insister sur les collutoires antiseptiques ou tout au moins de nettoyages hygiéniques de la bouche.

16° Pour contribuer à la prophylaxie par des mesures d'utilité publique, il convient que, dans les contrées où les cancers de la bouche sont le plus fréquent, les autorités municipales prescrivent dans les débits de boissons : 1° la suppression absolue de tous les verres ébréchés ; 2° le nettoyage des verres à l'eau courante ; 3° l'usage d'un essuie-main mis en vue des consommateurs et telles autres mesures qui seraient imposées par les nécessités locales.

Index bibliographique

BOUISSON. — Tribut à la chirurgie, 1861. Tome II.

ROUX. — Gaz. médic., 1839.

LEDRAN. — Mémoire avec un précis de plus. observat. sur le cancer. Mém. de l'Acad. royale de chirurgie, Paris, 1757.

LEBERT. — Du cancer et du cancroïde de la peau. Mém. de Soc. chir. de Paris, 1851. Tome II.

RÉVERDIN ET MAYOR. — Revue méd. de la Suisse romande. Genève, 1885.

PAGET. — Lectures en tumeurs. Lancet, 1858. Tome II.

BOYER. — Thèse doct., Paris, 1865.

MICHEL LÉVY. — Hygiène publique et privée.

DEMONVILLIERS ET GOSSELIN. — Compendium de chirurgie.

EARLE. — Méd. chir. trans-London, 1822.

HEURTAUX. — Bull. de Thérap., 1856.

L. LABBÉ. — Bull. de soc. anat. Paris, 1856.

OZENNE. — Th. doçt. Paris, 1883-1884.

FLEURY. — Gaz. méd., Paris, 1859.

LEWIN. — Berliner Klin. Wochenschift, 1880.

LORTET. — Essai monographique sur le prétendu cancroïde labial. Th. doct. Paris, 1861.

ESCHWEILER. — Deutsche Zeitschrift fur chir. Leipzig, 1889.

LOUIS. — Mém. de l'Acad. roy. de chir., 1774.

MAISONNEUVE. — Des tumeurs de la langue. Th. de concours de Paris, 1848.

TH. AUGER. — Du cancer de la langue. Th. agr. chir. Paris, 1872.

BUTLIN. — Diseases of the tongue. London, 1882. Trad. franç. par Dr Aigre, Paris, 1889.

CORNIL. — Bull. soc. anat. de Paris, 1887.

BERGMANN. — Soc. méd. int. de Berlin, 1887.

CERNÉ. — Bull. et mém. de la soc. de chir., Paris, 1890.

CH. FÉRÉ. — Bull. de la soc. anat. de Paris, 1880.

ROBERT. — Thèse doct. Paris, 1856.

RICHET. — Bull. de la soc. de chir. Paris, 1855.

FOLLIN, DUPLAY, NÉLATON. — Traité de pathologie chirurgicale

MAUVOISIN. — Th. doc. Paris, 1873.

DEMARQUAY. — Dict. de med. et de chir. pratique.

QUINOT. — Th. doct. Paris, 1876.

BOYER. — Th. doct. Paris, 1865.

GUILLOT. — Thèse doct, Paris, 1881.

GUILLIER. — Thèse doct. Paris, 1881.

LARRIEU. — Th. doct. Paris, 1882.

MAISONNEUVE. — Cliniques chirurgicales. Tome II.

BROCA. — Traité de chir. de MM. S. Duplay et Reclus, tome V.

CHASSAIGNAC. — Soc. chir., 16 juillet 1862.

— Gaz. hôp., 1860.

VELPEAU. — Gaz. hôp., 1858. Soc. anat. T. XXI, p. 332, 1846.

STROEBE. — Travaux récents sur l'histogénèse et l'étiologie du cancer (Cent. f. allg. Path. II. 1891).

SOREL. — Le cancer se transmèt-il par l'eau? (Normandie méd., 1er décembre 1891).

TOURNIER. — De la contagion du cancer. Rev. gén. chir., n° 45, p. 713.

HAYEM. — Microbes du cancer, 1891. Rev. méd., tom. 37, p. 464 contestés par Russell, 1891. Rev. méd., tom. 38, p. 477.

MAIGNANT. — Cancroïde de la lèv. inf. Rev méd.-Est, 1892.

DUPLAY ET CAZIN. — Contagion et inoculabilité du cancer, Sem. méd., 8 juillet 1893.

~~BRUNON. — Enquête sur le cancer en Normandie.~~

FIESSINGER. — Nouvelles recherches sur l'étiologie du cancer. Rev. méd., août 1893.

MUSELIER. — Le parasitisme d. le cancer. Gaz. méd Paris, 1894.

KUHN. — A propos de la contagion possible du cancer. Normandie méd., 1er juillet 1894.

MAYET. — Pathogénie du cancer (Sem. méd., 21 août 1895).

SCEMAMA DE GIALLOULY. — Trait. des tum. épithéliales par les inject. sous-cut. Th. doct. Paris, 1895.

GUERMONPREZ. — Com. au Congrès de chir. de Bruxelles.

MÉTAXAS. — Th. doct. Paris, 1886-87.

~~DERECQ. — De l'épithélioma de l'amygdale. Th. doct. Paris, 1886-87.~~

MONBOUYRAN. — Tum. rares du naso-pharynx. Th. doct., Paris, 1895.

TILLAUX. — Cliniques chirurgicales, 3e édit.

CRITZMAN. — Orig. congénit. et hérédit. du cancer. Bull. méd. 7 novembre 1894.

DUPLAY. — De l'étiologie du cancer. Mercredi méd., 26 septembre 1894.

FÉLIX (J.). — De l'étiologie des affections cancéreuses et de leur traitement, 1896.

GUERMONPREZ. — Communication à la Soc. des sciences méd. de Lille, 18 mars 1896.

Table des Matières

Vu par le Président,
LABOULBÈNE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

H. Jouve, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.